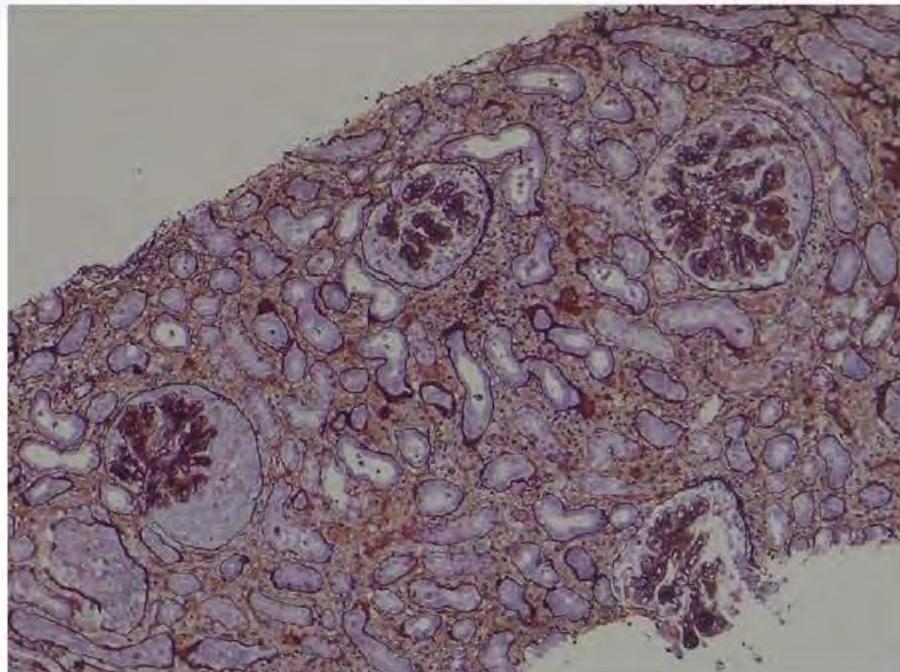


- Glomerulopatía "de novo" o recurrencia?
- Receptor añoso y trasplante
- Funcionamiento cognitivo y no adherencia.



Metenammina de plata 40x



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES



www.sat.org.ar



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES



ratx

Revista Argentina de Trasplantes

más de 25 años promoviendo ciencia, asistencia y ética al servicio del trasplante

Comisión Directiva SAT

Presidenta

Dra. Alejandra Villamil

Vice Presidenta

Dra. Marta Monteverde

Secretario

Dr. Pablo Uva

Pro-Secretario

Dr. Roberto Sabbatiello

Tesorera

Dra. Silvina Aleman

Pro-Tesorera

Dr. Alejandro Bertolotti

Vocales Titulares

Dra. Vanesa Gregoriotti

Dr. Santiago Villavicencio

Dra. Astrid Smud

Vocales Suplentes

Dr. Marcelo Dip

Dr. Marcelo Ferreyra

Dr. Elio Suso

En tapa

Imagen del artículo Recurrencia o Enfermedad Glomerular de Novo luego del Trasplante Renal .Reporte de un caso de Enfermedad por Anticuerpos Anti-Membrana Basal Glomerular en Paciente trasplantado renal

Revista Argentina de Trasplantes

Volumen XV, Número 2 Agosto de 2023

Publicación Oficial de la Sociedad

Argentina de Trasplantes

Tirada: 1000 ejemplares

Distribución gratuita para socios de la SAT.

Propietario:

Sociedad Argentina de Trasplantes

C.U.I.T. N° 30-67629668-5

ISSN: 2408-4328 Registro de la Propiedad

intelectual por Expediente N° 831241

Dirección Nacional de Derechos de Autor

Se prohíbe la reproducción parcial o total de los contenidos sin autorización.

Por reimpresión de artículos solicitar

información a la siguiente dirección:

editorial@sat.org.ar

Diseño:

Atilio A. Diaz

info@verdepez.com.ar

Distribución

Correo Argentino

Oficina Editorial

Maipú 631 Piso 4º Dto. "H".

C1006ACG, Ciudad Aut. de Buenos Aires

E-mail:editorial@sat.org.ar

Suscripciones

Si desea suscribirse a la publicación no siendo socio de la SAT, le invitamos a enviar un correo con sus datos personales y ocupación a: suscripciones@sat.org.ar

Cambios de dirección

Si desea cambiar el domicilio de recepción de la revista, tenga presente que deberá hacerse por lo menos 45 días antes de la fecha de publicación para que esto tenga efecto.

A tal fin puede comunicarse directamente con la secretaria de la SAT.

Limitación de Responsabilidad

Las declaraciones, omisiones y opiniones emitidas por todos los profesionales y colaboradores contenidas en los artículos de Revista Argentina de Trasplantes son responsabilidad de sus autores y no de la Sociedad Argentina de Trasplantes o de los editores de la publicación.

Las publicidades contenidas no representan garantía o aprobación de los productos o servicios, o de su efectividad, calidad o seguridad. La Sociedad Argentina de Trasplantes declina toda responsabilidad de cualquier daño a personas o propiedad resultante de ideas o productos referidos en los artículos o publicidades.

Staff editorial

Editores Asociados

Teresita Alvarellos, Córdoba
María del Carmen Bacqué,
Buenos Aires
Alejandro Bertolotti, Buenos Aires
Roxana Groppa, Buenos Aires
Martín Maraschio, Córdoba
Rubén Schiavelli, Buenos Aires
Hernán Trimarchi, Buenos Aires
Pablo Uva, Buenos Aires
Alejandra Villamil, Buenos Aires
Miguel Acosta, Paraná
Cristina Aguirre, Buenos Aires
Luis Ahualli, Buenos Aires
Mariano Tomás Arriola, Santa Fe
Laura Barcán, Buenos Aires
Horacio Bazán, Córdoba
Marcelo Baran, Buenos Aires
Gustavo R. Bianco, Buenos Aires
Liliana Bisigniano, Buenos Aires
Julio Bittar, San Luis
Claudio Burgos, Mendoza
Carlos Chiurchiu, Córdoba
Federico Cicora, Buenos Aires
Marisa Cobos, La Plata
Javier De Arteaga, Córdoba
Ana Diller, Córdoba
María Teresa Galdo Asbun, Buenos Aires
Octavio Gil, Córdoba
Gabriel Gondolesi, Buenos Aires
Carlos Idoria, Córdoba
Nora Imperiali, Buenos Aires
Isolda Kohout, Córdoba
Gustavo Kusminsky, Buenos Aires

Roberta Lattes, Buenos Aires
Rafael Maldonado, Córdoba
Ricardo Mastai, Buenos Aires
Daniel Matus, Mendoza
Lucas Mc Cormack, Buenos Aires
Víctor H. Morales, La Plata
Pablo Novoa, Córdoba
Gustavo Palti, Buenos Aires
Mauricio Pattin, Buenos Aires
Hugo Petrone, La Plata
Pablo Raffaele, Buenos Aires
María del Carmen Rial, Buenos Aires
Roberto Raúl Sabbatiello,
Buenos Aires
Ángel Gustavo Sedevich, Mendoza
José Luis Sgrosso, Rosario
Elio Suso, Mendoza
Martín Torres, Córdoba
Juan Carlos R. Troncoso,
Buenos Aires
Amalia Turconi, Buenos Aires
María Cristina Vázquez, Rosario

Sección Bibliográfica

Hernán Trimarchi

Dirección

Director Editorial

Carlos H. Díaz

Co-Director Editorial

Jorge R. Ferraris,
Buenos Aires

Coordinación Editorial

Alicia Chaparro,
Buenos Aires

Consejo Asesor

Pablo U. Massari, Córdoba
Roberto Cambariere, Buenos Aires
Félix Cantarovich, Buenos Aires
Domingo Casadei, Buenos Aires
Adrián Gadano, Buenos Aires
Luis Gaité, Santa Fe
Juan José García, Córdoba
Constancio Giraudo, Córdoba
Julio Goldberg, Buenos Aires
Oscar Imventarza, Buenos Aires
Oscar Aníbal López Blanco,
Buenos Aires
Jorge Milone, La Plata
Sergio Perrone, Buenos Aires
Luis Gustavo Podestá, Buenos Aires
Eduardo Raimondi, Buenos Aires
Carlos Alberto Soratti, Buenos Aires
Eduardo Tanús, Buenos Aires
Roberto Tanús, La Plata
Federico Villamil, Buenos Aires



Timoglobulina[®]

*Inmunoglobulina de conejo
antitimocitos humanos*

SANOFI 

INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESCRIBIR.

Mayor información disponible a petición: sanofi - aventis Argentina S.A. Cuyo 3532 (B1640GJF), Martínez,
Provincia de Buenos Aires. Tel (011) 4732-5000 - www.sanofi.com.ar



INFORM > **TRANSFORM** > **S**

Shaping the Future of Transplantation





TTS 2024

ISTANBUL TURKEY
September 22-25
30th International Congress of The Transplantation Society

Organized in partnership with



Endorsed by



SUSTAIN

ation



www.TTS2024.ORG



The largest event
in the field of
Transplantation



Prevención es EVOLUCIÓN



FIBROSIS

Prevención de la fibrosis del injerto^{1,2}



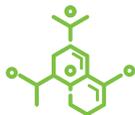
EFFECTOS CARDIOVASCULARES

Potenciales beneficios cardiovasculares^{3,4}



INFECCIÓN POR CMV

Reduce la incidencia de infección por CMV^{5,6}



REDUCE EL ICN

Permite reducir los niveles de ICN⁷



MALIGNIDAD

Efectos protectores de alteraciones linfoproliferativas⁸



ANTIPROLIFERATIVA

Acción antiproliferativa^{8,13}



RECHAZO AGUDO

Baja incidencia de rechazo agudo^{5, 7, 9, 10}



REMODELACIÓN VASCULAR

Inhibe la remodelación vascular^{5,11}



INFECCIÓN BKV

Menor incidencia de infecciones virales¹²

ICN: inhibidor de la calcineurina CMV: Citomegalovirus BKV: Polioma virus BK

Referencias: 1. Pascual J. Transplantation. 2005;79 (Suppl 9): S76-279. 2. Eisen H, ET AL. N Engl J Med. 2003; 349: 847-858. 3. Vitko S, ET AL. Am J Transplant. 2005;5:2521-2530. 4. Tedesco-Silva H, ET AL. Transpl Int. 2007; 20:27-36. 5. Nashan B, ET AL. Transplantation. 2004;78:1332-1340. 6. Nashan B. Transplant Proc. 2001;33:3215-3220. 7. Majewski M, ET AL. Transplantation. 2003;75:1710-1717. 8. Schuler W, ET AL. Transplantation. 1997;64:36-42. 9. ViMicky O, ET AL. Transplantation. 2000;96:497-502. 10. Koch M, ET AL. Transplantation. 2007;83:498-505. 11. Andrés V, ET AL. Nephrol Dial Transplant. 2006;21 (Suppl 3): III14-7. 12. Pascual J, ET AL. Nephrol Dial Transplant. 2006; 21 (Suppl 3): III38-41. 13. Tedesco Silva JR, ET AL. Am J Transplant. 2010; 10 (6): 1401-13.

Material para uso exclusivo del profesional de la salud. Prohibida su exhibición y/o entrega a pacientes, consumidores y/o al público en general. Por favor, no reenviar o compartir esta comunicación. Si usted no es el destinatario, por favor desestime esta comunicación y proceda a su destrucción. Material destinado exclusivamente a profesionales de la salud, residentes en Argentina, pues ha sido concebido y contiene información respetando el prospecto aprobado de Certican® en Argentina.



Editorial

Editorial	10
-----------------	----

Comite Editorial

Artículos Originales

Perfil Cognitivo y Escolaridad en Adolescentes Trasplantados Hepáticos en Transición hacia un Centro de Adultos*	13
--	----

L. Bourdieu, K. Abaldes, M. Dip, J. Minetto, A. Jacobo Dillon, H. Reijenstein, F. D'Arielli, E. Rodríguez, O. Imventarza.

Casuística

Recurrencia o Enfermedad Glomerular de Novo luego del Trasplante Renal .Reporte de un caso de Enfermedad por Anticuerpos Anti-Membrana Basal Glomerular en Paciente trasplantado renal.....	19
---	----

M. E. Zoppi, V. Albertón, N. Aran, R. Canale, S. Coppotelli, D. Curcio, D. Wojtowicz, S. Di Pietrantonio.

Revisión

Trasplante Renal en Pacientes Añosos.....	24
---	----

Díaz, C.H.

Artículos Especiales

Esbozos para una Clínica Social en Trasplante. Contribuciones Teórico-Epistemológicas y Metodológicas desde el Trabajo Social. Primera Parte.....	32
---	----

F.J.Chuard; J. M. Monti.

Resoluciones INCUCAI

Resolución 400/23 . Costos relativos al financiamiento del PROGRAMA DE ABLACIÓN HEPÁTICA REGIONAL aprobado por Resolución INCUCAI N° 130/2020	57
---	----

ANEXO I	59
---------------	----

ANEXO II	60
----------------	----

ANEXO III	61
-----------------	----

Reglamento de Publicaciones.....	65
----------------------------------	----

Editorial

Comité editorial

Estimados lectores

Es un honor darles la bienvenida a esta nueva edición de nuestra revista. En este número hemos reunido una serie de artículos de producción local que exploran diversos aspectos en el campo del trasplante de órganos.

El grupo de trasplante hepático del Hospital Garrahan presentan sus observaciones, en un trabajo original, respecto del valor de las evaluaciones neuropsicológicas en 45 adolescentes receptores de trasplante hepático al tiempo de transición al seguimiento por un programa de trasplante de adultos.

Los autores destacan como el perfil cognitivo y sus trayectorias escolares impactan en la adherencia al tratamiento, que como bien ha sido señalado claramente se vincula con la evolución de estos trasplantes. Sus resultados los llevan a reclamar por un abordaje precoz de esta población pediátrica y la instrumentación de estrategias que apunten a mejorar el perfil cognitivo de estos pacientes.

En un plano semejante que alude a los desafíos de poblaciones de receptores de trasplante más específicas, se publica una revisión sobre el trasplante renal en sujetos añosos. Este artículo incluye los contenidos de la conferencia "Kidney Transplantation in Elderly Patients. The Argentinian Experience" presentada en la 18ava edición del congreso MESOT (Middle East Society for Organ Transplantation) en mayo 2023.

El envejecimiento poblacional es considerado como una de las transformaciones sociales contemporáneas más significativas, al mismo tiempo que resulta ser la población más susceptible de morbilidades como la hipertensión arterial y la diabetes, que predisponen al desarrollo de enfermedad renal crónica.

Esta revisión incursiona por la accesibilidad al trasplante de los sujetos añosos con enfermedad renal crónica terminal y se centra en aquellos determinantes de su evolución posterior. Allí, destaca el impacto de las comorbilidades presentes al momento de la evaluación pretrasplante, y se apoya en observaciones de un estudio multicéntrico nacional previamente publicado por RATx.

En su tramo final, el autor, se refiere a un grupo de condiciones de reconocimiento más reciente como lo son la fragilidad y el status cognitivo. Más allá de observaciones iniciales sobre su prevalencia y de como incide en la evolución de estos receptores; muchas son las preguntas a responder y por tanto vislumbra un campo de investigación por transcurrir para un más certero manejo de estos pacientes.

Finalmente, destacar el reporte de caso de una glomerulopatía anti membrana basal glomerular como responsable de un retardo de la función del injerto renal en el postrasplante inmediato. Este caso ilustra lo desafiante de nuestra práctica en el dominio de los trasplantes que siempre propone escenarios médicos complejos. En este artículo los autores revisan los conceptos de recurrencia frente al de las glomerulopatías de novo y en particular aportan datos de la bibliografía respecto de esta específica manifestación de enfermedad glomerular.

Como editores de RATx, nos enorgullece ser un foro para la difusión de conocimientos y compartir los logros de pares de nuestra comunidad científica, máxime cuando sigue siendo muy complejo encontrar en nuestro medio el entusiasmo y dedicación necesarios para la elaboración de artículos que reflejen la valiosa actividad que se desarrolla en nuestro país y región.

No podemos cerrar estas líneas sin dejar de agradecer a todos los autores, revisores y lectores que hacen posible esta revista. Sin su contribución y compromiso, no podríamos continuar con nuestra misión centrada en la promoción de la investigación y difusión del conocimiento que en este particular dominio del trasplante de órganos y tejidos.

Esperamos que disfruten de este nuevo número y qué encuentren en su lectura la inspiración para comentarlos o por qué no, enviarnos sus manuscritos.

*Buena lectura!
Cordialmente,*

Comité Editorial

La Revista Argentina de Trasplantes
agradece muy especialmente
a sus patrocinadores



Perfil Cognitivo y Escolaridad en Adolescentes Trasplantados Hepáticos en Transición hacia un Centro de Adultos *

Bourdieu, L⁽¹⁾; Abraldes, K⁽¹⁾; Dip, M⁽¹⁾; Minetto, J⁽¹⁾; Jacobo Dillon, A⁽¹⁾; Reijenstein, H⁽¹⁾; D'Arielli, F⁽¹⁾; Rodríguez, E⁽¹⁾; Imventarza, O.⁽¹⁾

(1) Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Servicios de Trasplante Hepático
Clínicas Interdisciplinarias del Neurodesarrollo

RESUMEN

El trasplante hepático pediátrico (THP) es un tratamiento de elección para enfermedades hepáticas terminales. Se trata de una condición crónica de por vida, que lentamente incrementa la carga de enfermedad física y psicológica.^[1]

En el proceso de transición de adolescentes transplantados hepáticos se observa como problemática principal la falta de adherencia al tratamiento inmunosupresor (NATI), la cual impacta en los resultados a largo plazo. La adolescencia tardía es la edad con mayor riesgo de pérdida de injerto luego de la transferencia a un centro de adultos con pico entre los 21-29 años.^[2]

La NATI es una conducta compleja, multicausal y dinámica que puede ser de origen intencional (voluntaria) o no intencional (involuntaria).^[3] En la práctica, a veces es difícil diagnosticar en forma temprana la NATI porque generalmente es una conducta negada.^[4] La OMS (2014) la define como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.^[5]

Diversos estudios ubican a las habilidades cognitivas como a las funciones ejecutivas (FE) dentro de los predictores de la NATI.^[6] Si bien existen múltiples modelos explicativos de las funciones ejecutivas (FFEE), actualmente se conceptualizan como un constructo multicomponente cuyos dominios principales son: control atencional (habilidad para focalizar hacia un estímulo objetivo), memoria de trabajo (almacenamiento de información durante un corto período de tiempo) y la velocidad de procesamiento de la información (capacidad de codificar, transformar y recuperar información).^[7]

El funcionamiento cognitivo puede verse afectado por múltiples factores de riesgo durante la enfermedad crónica hepática y el proceso de trasplante tales como la medicación en etapas tempranas del desarrollo, internaciones prolongadas, complicaciones asociadas, etc.^[8] La escolaridad es un eje central en la vida de todo ser humano ya que lo vincula con los aspectos saludables, su proyecto y calidad de vida. Sin embargo, el transitar diversos periodos del desarrollo con una enfermedad crónica, puede alterar o modificar su continuidad.

La exploración neuropsicológica busca diferencias sutiles para la identificación de las patologías, conocer los perfiles cognitivos y conductuales de las enfermedades neurológicas y/o genéticas, predecir el pronóstico y evolución de una enfermedad,

Conflicto de intereses:

Correspondencia:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.
El presente trabajo no ha recibido beca ni financiación.

categorizar el comienzo del deterioro cognitivo de una enfermedad, comparar niveles pre y post-medicación, pre-mórbido y actual, pre y post-quirúrgico, pre y post intervención terapéutica.^[9] Dicha evaluación permite realizar un análisis formal de las funciones cognitivas específicas, siendo útil para detectar y objetivar las disfunciones del sistema nervioso central, especialmente las no evidenciables a través de diversos estudios neurológicos.^[10]

El diseño de estrategias de intervención requiere conocer aspectos cognitivos que podrían modificar la trayectoria de la enfermedad. No hay al momento un perfil cognitivo típico en adolescentes trasplantados hepáticos. El objetivo de este trabajo es describir el perfil cognitivo, trayectoria escolar y FFEE de adolescentes trasplantados en transición hacia un centro de adultos.

Palabras claves: adherencia, adolescentes trasplantados hepáticos, perfil cognitivo, escolaridad, funciones ejecutivas

ABSTRACT

In the transition of transplanted adolescents, the lack of adherence to immunosuppressive treatment (NATI), which leads to long-term graft dysfunction and rejection, is a problem. Chronic liver disease and the transplantation process can affect cognitive functioning associated with multiple risk factors (medication in early stages of development, prolonged hospitalization, associated complications, etc.). Neurocognitive assessment allows a formal analysis of specific cognitive functions, being useful to detect and objectify central nervous system dysfunctions. The design of intervention strategies requires knowledge of cognitive aspects that could modify the course of the disease. Objectives. To describe the cognitive profile, school trajectory and executive functions (EF) of adolescent liver transplant recipients in transition to an adult center.

Keywords: adherence, adolescent liver transplant recipients, cognitive profile, schooling, executive functions

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional. Se incluyeron 45 pacientes trasplantados. Periodo: diciembre de 2021 - marzo de 2022. Media de edad=18 años. 3 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de selección y 8 presentaron pérdida de seguimiento. Instrumentos de medición: Entrevista orientada a la escolaridad, Escala de Inteligencia Stanford Binet IV, Test atencional D2, CTMT. Encuesta a padres y adolescentes. Revisión de historias clí-

nicas. Se les entregó a las familias un consentimiento informado como a los adolescentes. Las variables continuas se describieron como mediana y rango. Las variables categóricas como valor absoluto y porcentaje.

RESULTADOS

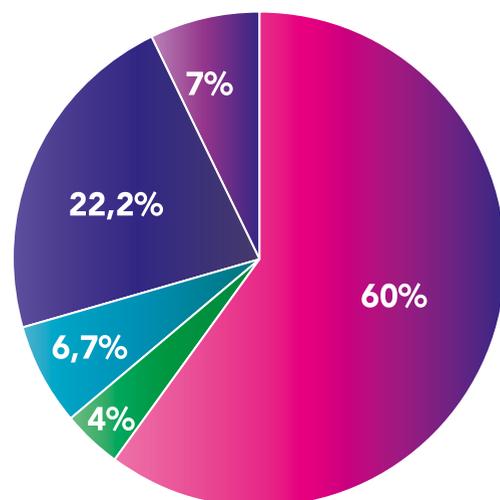
Características sociodemográficas. El 49% proviene de la Provincia de Buenos Aires, 22% Noreste Argentino, 12% Noroeste, 7% Capital Federal, 5% Cuyo, 3% Exterior del País, 2% Patagonia Argentina.

El 93.3% vive en zona urbana y un 9.8% cerca de un basural. El 84.4% posee agua corriente, el 66.7% cloacas. El 93.3% de la población total cuenta con baño interior. El 86.4% vive en casa de material de ladrillos y cemento. El 55.3% vive en condiciones de saneamiento y un 4.4% en hacinamiento. El principal sostén económico de la familia es el padre, encontrándose en relación de dependencia un 48.9% de la muestra total. Las madres representan el 44.4%. El 52.9% no posee cobertura en el sistema público. El clima educacional familiar predominante es bajo. El 33,3% de los padres no culminaron sus estudios secundarios y el 11.1% no finalizó el nivel primario. Sólo el 8.9% contaba con estudios universitarios.

Diagnóstico médico prevalente. Las enfermedades más frecuentes que requieren de un trasplante en la población consultante son en mayor medida atresia de vías biliares 33%. En menor medida, 6.7% fibrosis hepática congénita y quistes de colédoco. El 50% presenta mala adherencia al

Tabla 1: Escolaridad
Nivel escolar alcanzado

■ Escuela común ■ Universidad ■ Escuela Especial
■ Plan de Inclusión ■ Deserción Escolar



tratamiento evaluado mediante tres métodos de medición: variabilidad del nivel de droga en sangre, encuesta SMAQ y método subjetivo.

Escolaridad. En cuanto a la trayectoria escolar, el 60% se encontraba en escolaridad común, 6.3% escuela especial y el 22.2% finalizó sus estudios secundarios.

El 6.7% presentaba deserción escolar. El 60% de la población total presentó trayectorias escolares discontinuas debido a altas tasas de repitencia, siendo el tercer año del nivel

secundario donde se registró la mayor repitencia. El 37.8% había repetido más de dos veces un año escolar. El 8.8% asistía al Plan Fines y el 20% se encontraba dentro del mercado laboral. El 62.2% de la población total reportó en la consulta haber tenido dificultades de aprendizaje escolar a lo largo de su trayectoria educativa. (Tabla I)

Perfil cognitivo. Las habilidades cognitivas involucran procesos encargados de la adquisición, retención y manipulación de la información que proviene del entorno.

Tabla 2: Nivel Cognitivo

Stanford Binet IV – Valores expresados en porcentajes

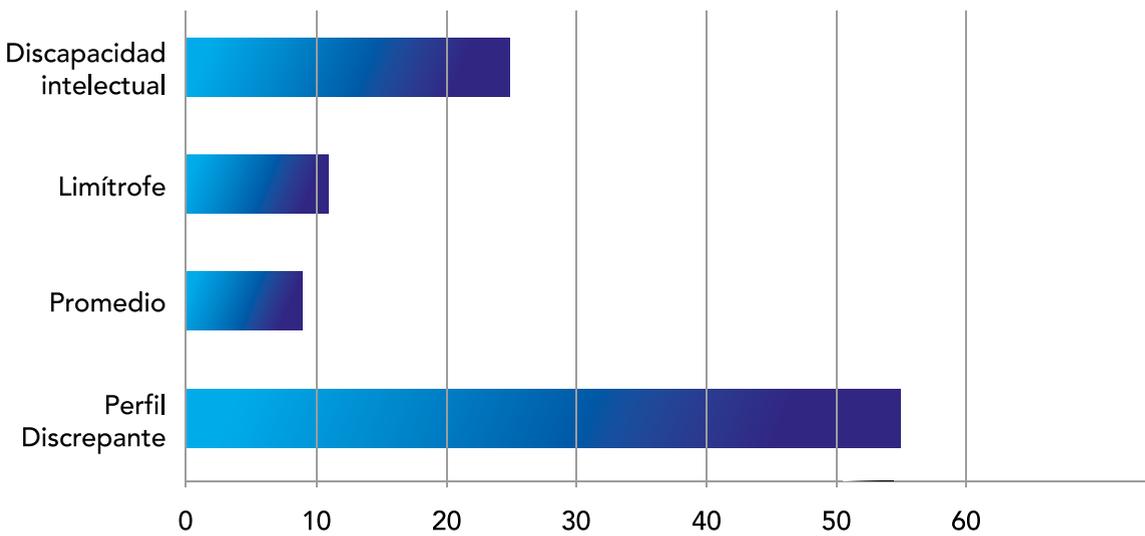
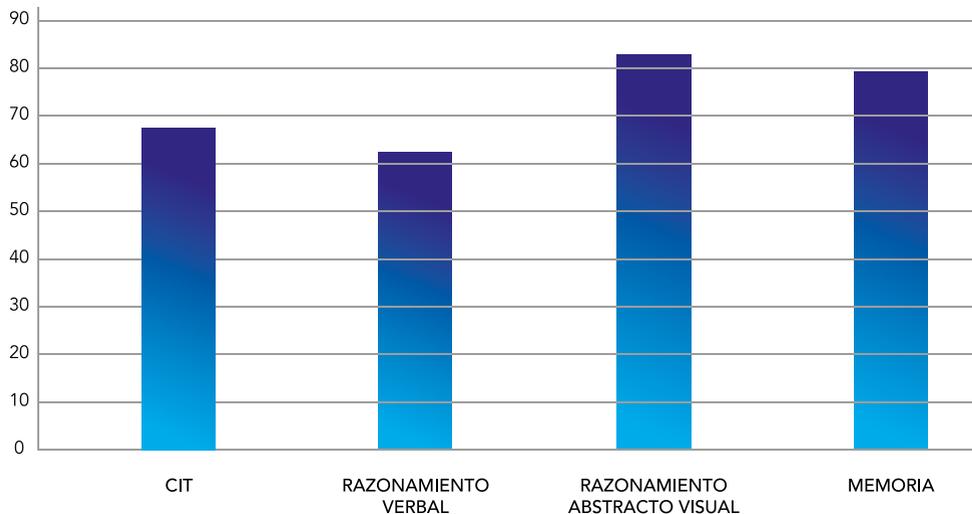


Tabla 2B: Dominios evaluados

Stanford Binet IV- Valores expresados en medianas



La evaluación cognitiva arrojó en el 45% de los casos un déficit intelectual leve con una mediana=67 (rango: 36-119). En el 55% restante no pudo estimarse una medida representativa del coeficiente intelectual total (CIT), dada la discrepancia entre las funciones cognitivas con mayor desenvolvimiento en razonamiento fluido mediana=80 (r:36-114) respecto del razonamiento verbal mediana=62 (r:45-138). (Tabla II) Se evidenciaron niveles de distractibilidad: 52%. Compromiso en impulsividad: 44% y flexibilidad cognitiva: 68%.(Tabla III) La concentración como resultante del equilibrio entre velocidad y precisión también evidenció compromiso. Se registraron niveles promedio bajo en velocidad de procesamiento de la información. Sin embargo, frente a tareas de mayor complejidad, dicha velocidad se ve enlentecida. Se registraron niveles limítrofes en la memoria

Tabla 3: Funciones ejecutivas

Test atencional D2

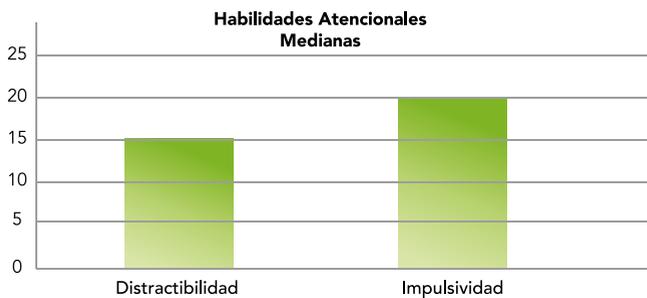
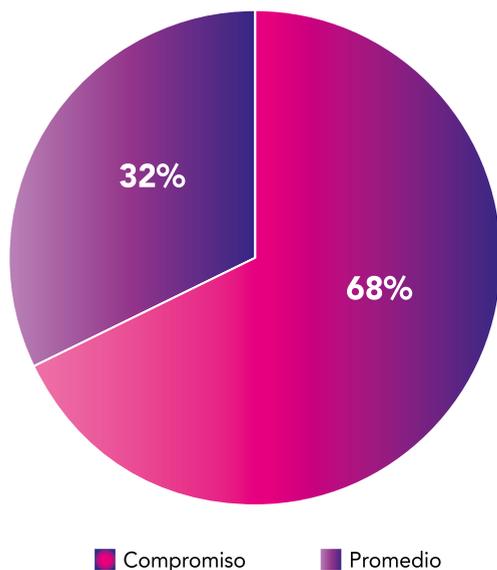


Tabla 3b: Flexividad Cognitiva

Comprehensive Test Making Test- CTMT



de trabajo. De las encuestas administradas a los adolescentes, el 64.4% expresó que no anota su medicación inmunosupresora (agendas, anotador, cuaderno) y no se encargan de hacer el pedido de la misma. El 66.7% reportó olvidos en la toma de medicación.

DISCUSIÓN

Los avances médicos han aumentado considerablemente la sobrevida anual del paciente tras recibir un trasplante de hígado. Las prácticas de salud se dirigen hacia una mirada integral del proceso salud-enfermedad, donde aspectos como la trayectoria escolar y el rendimiento neurocognitivo cobran especial atención.^[11]

Las habilidades cognitivas son esenciales para desarrollar la competencia en la autogestión de cualquier enfermedad crónica. La disfunción neurocognitiva afecta a la adherencia a los regímenes médicos que contribuye a la disfunción del injerto y a los episodios de rechazo a largo plazo.^[12]

Bucuvalas, J (2013) en su estudio *“Cognitive function, self-management and graft health in pediatric liver transplantation. American Journal of Transplantation”*, describe en pacientes trasplantados hepáticos pediátricos un funcionamiento intelectual limítrofe en técnicas psicométricas que valoran cociente intelectual general, volviéndose crucial estimulación neurocognitiva y andamiajes para garantizar el acceso al aprendizaje.^[13] En un corte de 30 pacientes evaluados durante 2019 en nuestro Hospital (Rango etario: 4 a 18 años) la media de nivel intelectual fue de 71,8 que se corresponde con diagnóstico categorial de nivel intelectual limítrofe (FIL). Bin, L.(2014) en un estudio aplicado a niños entre 8 a 12 años en los consultorios de Seguimiento ambulatorio en una n=30 el CI tuvo un promedio (media ± DS) de 78.93 ± 8.06; el índice de comprensión verbal tuvo un promedio (media ± DS) de 81.93 ± 9.1 y el índice de ejecución tuvo un promedio (media ± DS) de 79.67 ± 11.41.

Ambos estudios arrojaron resultados compatibles con la bibliografía consultada. Sin embargo, en nuestro estudio en adolescentes estos resultados varían registrándose mayor compromiso a nivel intelectual. En el 55% de la muestra, se observan mayores niveles de déficit en habilidades de comprensión verbal en detrimento del razonamiento fluido (aptitud para visualizar patrones, resolución de problemas, habilidades motoras), obteniendo puntuaciones inferiores en comparación a la media poblacional (a más de dos desvíos por debajo de la media). Estos datos se traducen en problemáticas de comprensión de indicaciones médicas, siendo mayormente el adulto a cargo quien gestiona las consultas asumiendo un rol más activo; dificultades en la comprensión de su condición de salud y de los cuidados

requeridos, entre otros. En el 44% de la muestra restante, la mediana del Coeficiente Intelectual total fue de 67 correlacionándose con compromiso cognitivo leve.

Un componente esencial de la adherencia al tratamiento inmunosupresor es el funcionamiento de las capacidades ejecutivas. Durante la adolescencia, estas funciones representan la habilidad que tiene mayor desarrollo. Los receptores de trasplantes de órganos sólidos pediátricos demuestran peores habilidades generales de FFEE y déficits en la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento, el control de la atención y las habilidades metacognitivas. Muchos niños que se han sometido a un trasplante de órganos sólidos requerirán apoyo adicional en entornos médicos y académicos debido a las deficiencias en varios dominios de FFEE. Desde la década de 1980, diversas investigaciones se han centrado en si los jóvenes trasplantados tienen dificultades con las FFEE y cómo esto puede ser relevante para el funcionamiento posterior al trasplante, especialmente la adherencia a la medicación. Los resultados obtenidos en nuestro estudio, coinciden con los planteados en la revisión sistemática de Cushman, G. K., Stolz, M. G., Blount, R. L., & Reed, B (2020) donde plantean que una FFEE más alta, puede considerarse un componente clave en el autocontrol, se ha asociado con una mayor adherencia a la medicación en población pediátrica con enfermedades crónicas.^[14]

En la población en estudio, un 52% presentó indicadores asociados a distractibilidad, 44% impulsividad en la tarea y 68% compromiso en la capacidad para responder ante las diferentes demandas ambientales e implementación de estrategias de resolución de problemas, en tareas de regulación del control atencional, ejecución de un plan de acción y atención dividida. La memoria de trabajo presentó niveles limítrofes en el 41.9% con mayores fortalezas en el input visual. Se registraron niveles medios bajos de velocidad de procesamiento de la información. Sin embargo, ante tareas de mayor complejidad, dicha velocidad se ve reducida.

El impacto de la enfermedad del hígado en diferentes etapas del neurodesarrollo, podría estar relacionada con la afectación del nivel intelectual y FE. Afshar, S., Porter, M., Barton, B; & Stormon, M. (2018) describen factores que impactan en el rendimiento cognitivo. Sostienen que, a mayor tiempo transcurrido en lista de espera del trasplante, peor inteligencia verbal, memoria de trabajo y habilidades académicas.^[15] Autores como Østensen, A. B., Skarbø, A. B., Sanengen, T., Line, P. D., & Almaas, R. (2022) incluyen la edad del paciente al momento del trasplante como predictor del nivel intelectual, reportando que los niños que se someten a un trasplante antes del año de edad tienen signi-

ficativamente menor rendimiento neurocognitivo en comparación con los que lo hacen más tarde en la infancia.^[16]

Otro aspecto que requiere de especial atención, alude a la continuidad de la trayectoria educativa de los adolescentes. El 60% presentó trayectorias escolares discontinuas debido a altas tasas de repitencia, siendo el tercer año del nivel secundario donde se registró la mayor repitencia. Dichas trayectorias se vieron interrumpidas por cuestiones vinculadas a la salud, y en algunos casos, esa interrupción abarca más de un año sin asistencia escolar. Si bien han contado con el apoyo de docente domiciliaria u hospitalaria como recurso para garantizar la continuidad pedagógica, la brecha respecto al rendimiento de pares se va incrementando. Resultaría de suma importancia realizar futuras investigaciones comparativas entre este grupo poblacional y otras patologías crónicas.

CONCLUSIÓN

Los perfiles cognitivos discrepantes con mayor afectación del razonamiento verbal y de las FFEE, la discontinuidad en las trayectorias escolares y las características educativas de los padres, impactan en la adherencia al tratamiento.

Se vuelve necesario objetivar la evaluación neurocognitiva formal en etapas tempranas, con el fin de garantizar la continuidad pedagógica y el acceso a los apoyos terapéuticos y escolares.

Caracterizar nuestra población y ajustar estrategias de intervención previas al trasplante facilitará la promoción de la autonomía, mejorando a largo plazo la autogestión y alfabetización en salud.

Es fundamental la implementación de políticas públicas de salud interdisciplinarias e intersectoriales que favorezcan el seguimiento a largo plazo de esta población.

Una línea de trabajo imprescindible es la alfabetización en materia de trasplantes.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Trasplante Hepático y Clínicas Interdisciplinarias del Neurodesarrollo del Hospital Garrahan por su amabilidad y apertura hacia la construcción de nuevas herramientas y conocimientos en pos de mejorar nuestras prácticas profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1]. Bernell S, Howard SW. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Front Public Health*. 2016 Aug 2;4:159. doi: 10.3389/fpubh.2016.00159. PMID: 27532034; PMCID: PMC4969287

[2].Foster, BJ. *Transplantation*: Volume 96, Number 5, September 15, 2013

- [3]. Clifford, S; Barber, N; Home, R. (2008) Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity–Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research*. Elsevier
- [4]. Dobbels, F, Damme Lombaert, R. V, Vanhaecke, J, & Geest, S. D. (2005). Growing pains: Nonadherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatric transplantation*, 9(3), 381-390
- [5]. OMS. 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.
- [6]. Simons, L. E., & Blount, R. L. (2007). Identifying barriers to medication adherence in adolescent transplant recipients. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(7), 831-844.
- Annunziato RA, Emre S, Shneider BL, Dugan CA, Aytaman Y, McKay MM, Shemesh E. Transitioning health care responsibility from caregivers to patient: A pilot study aiming to facilitate medication adherence during this process. *Pediatric Transplantation* 2008; 12: 309–315. 2008
- Tong A, Morton R, Howard K, Craig JC. Adolescent experiences following organ transplantation: a systematic review of qualitative studies. *J Pediatr*. 2009 Oct;155(4):542-9. doi: 10.1016/j.jpeds.2009.04.009. Epub 2009 Jun 24. PMID: 19555971.
- Cushman, G. K., Stolz, M. G., Blount, R. L., & Reed, B. (2020). Executive functioning in pediatric solid organ transplant recipients: A meta-analytic review. *Transplantation*, 104(2), 357.
- [7]. Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:135-68. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143750. Epub 2012 Sep 27. PMID: 23020641; PMCID: PMC4084861.
- [8]. L. Bin, C. Cambaceres, H. Waisburg, O. Imventarza, M. Iturry. 2014. Funciones ejecutivas y calidad de vida en pacientes pediátricos trasplantados hepáticos. *Medicina infantil*. Vol. XXI N° 4.
- [9]. Bin, L, Waisburg, H. *Psicopedagogía en Salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires. 2011
- [10]. Herrera Pino JA. *Introducción a la evaluación neuropsicológica*. Univ. Maimónides, 2006
- [11]. Afshar, S., Porter, M., Barton, B., & Stormon, M. (2018). Intellectual and academic outcomes after pediatric liver transplantation: Relationship with transplant-related factors. *American Journal of Transplantation*, 18(9), 2229-2237.
- [12]. Kaller T, Heinz Schulz K, Sander K, Boeckel A, Rogiers X, Burdelski M. Cognitive Abilities in Children after Liver Transplantation. *Transplantation*, 2005; 79
- [13]. Bucuvalas J. Cognitive function, self-management and graft health in pediatric liver transplantation. *American Journal of Transplantation: Official Journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 2013 Nov;13(11):2790-2791. DOI: 10.1111/ajt.12409. PMID: 24010890.
- [14]. Cushman, G. K., Stolz, M. G., Blount, R. L., & Reed, B. (2020). Executive functioning in pediatric solid organ transplant recipients: A meta-analytic review. *Transplantation*, 104(2), 357.
- [15]. Afshar, S., Porter, M., Barton, B., & Stormon, M. (2018). Intellectual and academic outcomes after pediatric liver transplantation: Relationship with transplant-related factors. *American Journal of Transplantation*, 18(9), 2229-2237
- [16]. Østensen, A. B., Skarbø, A. B., Sanengen, T., Line, P. D., & Almaas, R. (2022). Impaired Neurocognitive Performance in Children after Liver Transplantation. *The Journal of Pediatrics*, 243, 135-141.

Recurrencia o Enfermedad Glomerular de Novo luego del Trasplante Renal

Reporte de un caso de Enfermedad por Anticuerpos Anti-Membrana Basal Glomerular en Paciente trasplantado renal.

Zoppi, M. E.⁽¹⁾ ; Albertón, V.⁽¹⁾; Aran, N.⁽¹⁾; Canale R.⁽¹⁾; Coppotelli S.⁽¹⁾; Curcio D.⁽¹⁾; Wojtowicz, D.⁽¹⁾; Di Pietrantonio, S.⁽¹⁾

(1) Servicio de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce", Dr. Néstor Carlos Kirchner. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El retardo en la función del injerto (RFI) se presenta como un desafío único para el trasplante renal. Dilucidar la recurrencia de enfermedad o enfermedad de Novo versus rechazo, requiere de una biopsia renal para arribar a su diagnóstico definitivo. Presentamos el caso de una mujer joven que recibió un trasplante renal de donante fallecido que evoluciona con RFI. Se realizó una punción biopsia renal (PBR) que evidenció la presencia de semilunas a nivel glomerular, y depósitos lineales de IgG a lo largo de la membrana basal glomerular (MBG) compatible con Enfermedad por Anticuerpos anti- Membrana Basal Glomerular (anti-MBG). Se realizó la revisión bibliográfica y la presentación de posibles mecanismos que condicionaron la aparición de la entidad.

Palabras clave: anticuerpos anti-MBG; retardo en la función del injerto; recurrencia de enfermedad; trasplante renal.

ABSTRACT

Delayed graft function (DGF) presents a unique challenge for kidney transplantation. Elucidate the recurrence of disease or de novo disease versus rejection requires a kidney biopsy to arrive at its diagnosis.

We present the case of a young woman who received a kidney transplant from a deceased donor who evolves with DGF. A renal biopsy (RB) was performed which showed the presence of crescents at the glomerular level and linear IgG deposits along the glomerular basement membrane (GBM), compatible with Anti-Glomerular Basement Membrane Antibody Disease (anti-GBM).

A bibliographic review and presentation of possible mechanisms that conditioned the appearance of the entity were carried out.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.
El presente trabajo no ha recibido beca ni financiación.
Los autores contribuyeron de igual forma.

Correspondencia:

Dra. María Eugenia Zoppi
eugezoppi@gmail.com

CASO CLÍNICO

Como ha sido demostrado, el trasplante renal es la mejor opción. Paciente de 30 años, femenina, con antecedente de enfermedad renal crónica (ERC) de etiología desconocida.

Luego de un episodio de macrohematuria, presentó un brusco deterioro del filtrado glomerular con requerimiento de inicio de terapia de sustitución renal (TSR) a los 25 años. Dos años más tarde, cursó internación por síndrome febril prolongado.

Se realizaron determinaciones de C3 y C4, normales, FAN, Anti-DNA, ANCA, anti MPO y PR3, y anticuerpos anti MBG negativos. Hemocultivo y urocultivo negativos.

Se efectuó tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis que evidenció adenopatías mediastinales e inguinales en rango adenomegálico sin evidencia de consolidación pulmonar.

Inició tratamiento antibiótico empírico con imipenem-vancomicina, y ante la sospecha de un proceso linfoproliferativo, se efectuó toracoscopia para biopsia ganglionar.

Se recibió informe anatómopatológico: ganglio linfático con histoarquitectura reemplazada por reacción linfocitaria granulomatosa con necrosis central, acompañada de leucocitos polimorfonucleares y de células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, sin evidencia de microorganismos específicos.

Se interpretó al cuadro como TBC ganglionar, suspendió tratamiento antibiótico empírico e inicio tratamiento con 4 drogas (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol). La paciente es dada de alta. Completó tratamiento antifímico en forma ambulatoria sin repetir sintomatología.

Dos años más tarde, luego de su última internación, recibió un trasplante (tx) renal de donante fallecido, con las siguientes características: 1- masculino; 2- edad: 47 años; 3- Isogrupo sanguíneo; 4- miss-match 0 (HLA paciente: A 2/24, B 35/51 DR 4/1, Panel por luminex Clase I 58%, Clase II 27%); 5- CM negativo; 6- Antecedente de diabetes; 7- Creatinina sérica (CrS) 0.27 mg/dl.

Se efectuó inducción con basiliximab, metilprednisolona, tacrolimus (FK) y micofenolato (MMF), continuando bajo triple esquema inmunosupresor. Recibió profilaxis con trimetoprima sulfametoxazol e isoniacida.

Se realizó biopsia renal en tiempo 0 que informó: expansión de la matriz mesangial, glomerulopatía nodular, vinculable a nefropatía diabética con extensa necrosis tubular aguda.

Evoluciona con RFI, con requerimiento de hemodiálisis.

Intercurrió con infección del tracto urinario con rescate de *Acinetobacter baumannii*, sólo sensible a colistin, por lo que recibió tratamiento antibiótico dirigido.

Por continuar con requerimiento de TSR a demanda, luego de 19 días post tx se efectuó PBR: 52 glomérulos; 3 de

ellos se encuentran globalmente esclerosados. En 36 (69%) se reconocen semilunas epiteliales (24 son circunferenciales y 12 son segmentarias), marcada expansión matricial mesangial que adopta configuración nodular asociada a microaneurismas. Atrofia tubular y fibrosis intersticial que comprometen el 15% del material evaluado. Presencia de cilindros hemáticos intratubulares. Inmunofluorescencia (IF): depósito lineal parietal difuso, en cápsula de Bowman y membranas basales tubulares IgG, vinculable a glomerulonefritis extracapilar difusa Tipo I (Enfermedad anti MBG).

Cumplió 14 plasmaféresis con reposición de plasma fresco congelado en los dos primeros procedimientos. Luego continuó con albúmina al 5%. Inicio pulso de metilprednisolona y ciclofosfamida (CFM) en forma repetida.

Se realizó TC de tórax que informó derrame pleural laminar bilateral a predominio izquierdo, pequeños infiltrados centrolobulillares esmerilados de manera difusa, mediastino libre de adenomegalias.

Las determinaciones de anticuerpos anti-MBG fueron negativas reiteradamente.

Recupero volumen urinario con creatinina basal al alta de 2.2 mg/dl.

Completó CFM por ambulatorio.

Continuó con valor de creatinina estable, bajo tratamiento triple esquema inmunosupresor con metilprednisolona, tacrolimus y micofenolato (este último reinició al completar CFM). Adecuados dosajes de FK durante los controles.

Intercurrió nueve meses más tarde, con lesiones acuminadas en región perianal compatibles con condilomas. En dicho contexto se rotó esquema inmunosupresor a mTOR. Se disminuyó inhibidores de la calcineurina (ICN) a mitad de dosis.

Se programó resección quirúrgica con previa suspensión de rapamicina.

Se realizó PCR de protocolo para SARS COV-2 con hallazgo positivo. Se suspendió la cirugía.

Asintomática a su ingreso, evolucionó con rápida progresión de disnea requiriendo intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica (IOT/ARM). Curso internación prolongada, falleció en unidad cerrada con requerimiento de hemodiálisis.

DISCUSION:

La recurrencia de enfermedad de base después del trasplante renal afecta del 10% al 20% de los pacientes trasplantados y representa hasta el 8% de falla del injerto.^[1]

En un gran número de casos, la causa de enfermedad renal terminal del receptor es de etiología incierta. La diversidad en la indicación de PBR en riñones nativos, y la carencia de

recursos técnicos para su diagnóstico en algunos centros, imposibilitan distinguir la recurrencia y enfermedad de Novo en la valoración del RFI.^[2]

En el caso clínico expuesto, ante la ausencia de la etiología de la enfermedad de base, desarrollaremos la posibilidad de recidiva de enfermedad, la viabilidad de enfermedad por anticuerpos anti-MBG post trasplante en pacientes con antecedente de Síndrome de Alport y finalmente mencionaremos las características del donante.

El diagnóstico de la enfermedad anti-MGB requiere la demostración de anticuerpos anti-GBM en el suero o biopsia renal.

Los ensayos convencionales anti-MGB utilizados en la práctica clínica solo detectan anticuerpos circulantes IgG, pero esta podría ser causada por otro tipo de Inmunoglobulina (Ig). El suero que contiene anticuerpos anti-MGB no IgG, se informarán como negativo mediante ensayos estándar. Los anticuerpos IgA o IgM anti-MBG deben analizarse por separado.

La incidencia de glomerulonefritis caracterizada por tinción lineal de inmunoglobulina de clase no IgG a lo largo del MBG, es poco frecuente. La fisiopatología de la enfermedad anti-MBG mediada por IgA no se comprende de forma completa. Se infiere que la asociación con anticuerpos IgA estaría ligado a otras enfermedades autoinmunitarias.^[3]

Ante la alta frecuencia de falsos negativos en ensayos serológicos, la biopsia renal resultará el único método de diagnóstico confiable.^[4]

La detección sérica de anticuerpos optimizará el diagnóstico y respuesta al lineamiento terapéutico. Utilizando una variedad de sustratos de la MBG y tecnología de detección variable [p. ej. Inmunofluorescencia indirecta (IFI), Radioinmunoensayo (RIA) o Inmunoabsorbente ligado a

enzimas ensayo (ELISA), Quimioluminiscencia y Western Blot (WB)], la tasa de especificidad es del 94% al 100%, y la sensibilidad es del 95% al 100%.^[5-6]

En nuestro laboratorio, las muestras serológicas fueron procesadas bajo un método semicuantitativo: Immunoblot (Orgentec, Mainz, Alemania), a través de la detección de anticuerpos IgG.

El mecanismo por el cual se generan anticuerpos anti-MBG en la glomerulonefritis extracapilar difusa Tipo I, está ampliamente descrito. El autoanticuerpo está dirigido contra epítopes en el dominio no colágeno (NC) del colágeno tipo IV^[4], uno de los constituyentes de la MBG, afectando principalmente, pero no en forma exclusiva, la secuencia peptídica de la cadena alfa 3. Los dos epítopes principales residen en el hexámero de las cadenas $\alpha 3$ IV, $\alpha 4$ IV, $\alpha 5$ IV.^[7] La disolución de sus enlaces y disociación de los hexámeros son necesarios para la unión de auto-anticuerpos anti-MBG. VIII Sin embargo, el gatillo para la generación de estos continúa siendo motivo de debate.^[9]

Por lo general, la enfermedad comienza abruptamente. A menudo con un pródromo similar a un cuadro infeccioso de tipo viral, pero potencialmente severo, con lesión renal rápidamente evolutiva, formación de semilunas, con o sin hemorragia alveolar.^[10]

La recurrencia renal parece ser rara (es decir, por debajo del 5%), siempre que los títulos de anticuerpos anti-MBG sean negativos durante los 6 a 12 meses previos al trasplante (esta tiende a ser el 50% de los casos sólo en pacientes con presencia de anticuerpos circulantes).^[11-12]

Se describen fuertes asociaciones entre la enfermedad por anticuerpos anti-MBG y los alelos HLA clase II, incluidos los alelos DRB1 * 1501 y DR4. Los alelos DR1 y DR7 conferirían protección.^[13]

Figura 1 :
Metenamina de plata 400x

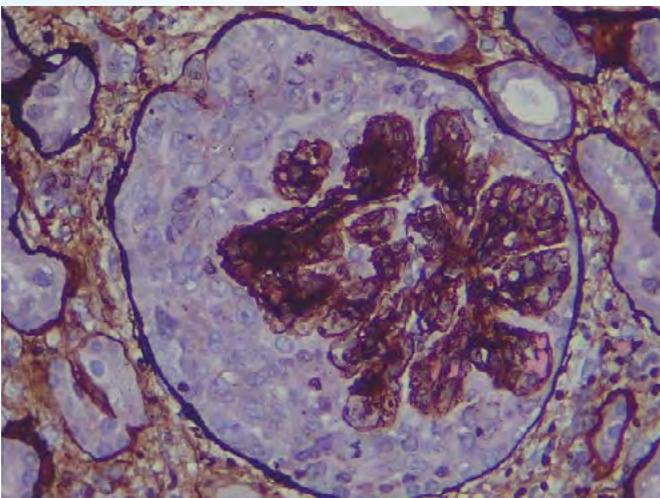
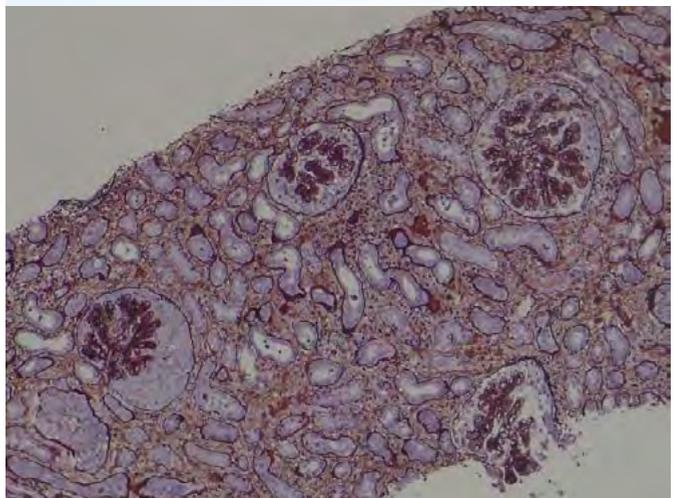


Figura 2:
Metenamina de plata 40x



La enfermedad anti-MBG en pacientes trasplantados con Síndrome de Alport fue descrita por primera vez por Milliner et al. en 1982.^[14] Tiene muy baja incidencia (menos de 5%).^[15]

El Síndrome de Alport se caracteriza por la alteración genética en el déficit de la formación de las cadenas $\alpha 3$, $\alpha 4$ y $\alpha 5$ del colágeno tipo IV que constituye la MBG, auditiva y visual. Su patrón de herencia se encuentra, según distintas series, distribuido de la siguiente forma: ligado al cromosoma X en 85%, 10% para el patrón autosómico recesivo y 5% para el patrón autosómico dominante.^[16]

En las mutaciones de estos genes una glicina es sustituida por otro aminoácido. Una mutación en cualquiera de las tres cadenas $\alpha 3(IV)$, $\alpha 4(IV)$ o $\alpha 5(IV)$, puede provocar la ausencia de las otras dos en la MBG, por lo que los pacientes con Síndrome de Alport tienen una sobreexpresión de las cadenas $\alpha 1(IV)$ y $\alpha 2(IV)$, ocupando progresivamente la misma (fenómeno de sustitución). Se cree que este hecho confiere a la MBG una mayor susceptibilidad al ataque proteolítico por parte de colagenasas y catepsinas, deteriorando la TFG.^[17]

El desarrollo de anticuerpos anti-MBG se da en respuesta a la exposición a neo antígenos contra el colágeno tipo IV luego del trasplante. En gran parte de las revisiones, la glomerulonefritis (GN) anti-MBG se asocia con pérdida del injerto en el 75% de los pacientes con síndrome de Alport. Su incidencia alcanza el 2% al 5% de los pacientes trasplantados, particularmente en aquellos ligados al cromosoma X.^[17-19]

Nuestra paciente no presentaba antecedentes de hipoacusia neurosensorial progresiva, ni trastornos visuales como lenticono. Tampoco existen antecedentes familiares de Síndrome de Alport. No fue posible realizar un estudio genético para su detección.

En lo que respecta al donante, éste presentaba antecedente de diabetes.

Existe un número creciente en el reporte de casos que lleva a considerar a ciertas glomerulopatías superpuestas a la nefropatía diabética, como una entidad separada de la diabetes.^[20] De la revisión bibliográfica, se dispone de una sola serie de casos realizado en forma retrospectiva por Salvatore et al.^[21]

Se considera que la presencia de un glomérulo alterado, como en el caso en la DM (cambios funcionales y estructurales), pueden predisponer a la glomerulonefritis superpuesta. Se describe que los mecanismos de hiperfiltración e hipertensión intraglomerular aumentan el riesgo de la presencia de complejos inmunes. La carencia en la MBG de glicosaminoglicanos, con disponibilidad para la interacción con macromoléculas circulantes o agregados, podría actuar

como antígenos o complejos inmunes. Los sitios cargados positivamente podrían justificar la unión lineal de IgG 4 y albúmina a la pared capilar glomerular.^[22]

El glomérulo del paciente diabético está predispuesto al depósito de inmunocomplejos circulantes y, posiblemente, a una interacción in situ de anticuerpo-antígeno local o circulante. Las infecciones pueden resultar como mecanismo gatillo en la producción de anticuerpos anti MBG.^[23]

El daño de la MBG en pacientes diabéticos posibilita el desarrollo de una respuesta autoinmune y a la aparición de una forma secundaria de nefritis.^{[24][25]}

CONCLUSIÓN

A pesar de los intentos de poder clasificar la presencia de GN primaria (de Novo) o recurrente luego delTx renal, el tratamiento sigue siendo el mismo. Es preciso considerar al momento de la evaluación pre Tx renal, un registro centrado en la recopilación de datos sobre las características clínicas, y particularmente histológicas, en pacientes en lista de espera. Considerando además la oportunidad de incluir estudios genéticos.

Por otro lado, los antecedentes de donante permitirán dilucidar la existencia de enfermedad previa, como es en este caso la presencia de diabetes.

La comprensión de recidiva de enfermedad o enfermedad de Novo se presenta como un desafío único para el RFI y requiere de una biopsia renal para arribar a su diagnóstico definitivo con el objetivo de inicio temprano del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Ponticell C, Moroni G, Glasscock RJ. Recurrence of secondary glomerular disease after renal transplantation. Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2011; 6: 1214–21.
- [2]. Morozumi K, Takeda A, Otsuka Y, Horike K, Gotoh N, Watarai Y. Recurrent glomerular disease after kidney transplantation: an update of selected areas and the impact of protocol biopsy. Nephrology (Carlton). 2014; 19 Suppl 3: 6-10.
- [3]. Moulis G, Huart A, Guitard J, et al. IgA-mediated anti glomerular basement membrane disease: an uncommon mechanism of Goodpasture's syndrome. Clin Kidney J. 2012;5(6):545–548
- [4]. Browne G, Brown PA, Tomson CR, et al. Retransplantation in Alport post-transplan anti-GBM disease. Kidney Int. 2004; 65:675-681
- [5]. Salama AD, Dougan T, Levy JB et al. Goodpasture's disease in the absence of circulating anti-glomerular basement membrane antibodies as detected by standard techniques. Am J Kidney Dis 2002; 39: 1162–1167
- [6]. Jia XY, Qu Z, Cui Z et al. Circulating anti-glomerular basement membrane autoantibodies against $\alpha 3(IV)N$ C1 undetectable by commercially available enzyme linked immunosorbent assays. Nephrology (Carlton) 2012; 17: 160–166

- [7]. Pedechenko V, Bondar O, Fogo AB et al. Molecular architecture of the Goodpasture autoantigen in anti-GBM nephritis. *N Engl J Med* 2010; 363: 343–354
- [8]. Luo W, Wang XP, Kashtan CE et al. Alport alloantibodies but not Goodpasture autoantibodies induce murine glomerulonephritis: protection by quinary crosslinks locking cryptic $\alpha 3$ (IV) collagen autoepitopes in vivo. *J Immunol* 2010; 185: 3520–3528
- [9]. Reynolds J, Preston GA, Pressler BM et al. Autoimmunity to the alpha 3 chain of Type IV collagen in glomerulonephritis is triggered by 'autoantigen complementarity'. *J Autoimmun* 2015; 59: 8–18
- [10]. Cui Z, Turner N, Zhao M-H. Antiglomerular basement membrane disease: clinical features and diagnosis. In: Turner N, Lameire N, Goldsmith DJ et al. (eds). *Oxford Textbook of Clinical Nephrology*, 4th edn. Oxford: Oxford University Press, 2016, pp. 599–605
- [11]. Netzer KO, Merkel F, Weber M. Goodpasture syndrome and end-stage renal failure-to transplant or not to transplant? *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13:1346–1348
- [12]. Ismail Allonch, M.; Burke, G.; Nery, J.: "Rapidly progressive focal segmental glomerulosclerosis occurring in a living related kidney transplant donor. Case report and review of 21 cases of kidney transplant for primary FSGS". *Transplant Proc.*, 125:2176, 1993
- [13]. R G Phelps, V Jones, A N Turner, A J Rees. "Properties of HLA class II molecules divergently associated with Goodpasture's disease" *Int Immunol*. 2000 Aug;12(8):1135-43
- [14]. Milliner DS, Pieredes AN, Holley KE: Renal transplantation in Alport's syndrome: Anti-glomerular basement membrane glomerulonephritis in the allograft. *Mayo Clin Proc* 57:35-43, 1982
- [15]. Kashtan CE, Michael AF. Alport syndrome: From bedside to genome to bedside. *Am J Kid Dis* 1993; 22: 627-40.
- [16]. Savige J, et al. Alport syndrome in women and girls. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016; 11 (9): 1713-20
- [17]. Torra R, Tazon-Vega B, Ars E, Ballarin J. Collagen type IV (alpha3-alpha4) nephropathy: from isolated haematuria to renal failure. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19(10):2429-32
- [18]. Gillion V, et al. Genotype and outcome after kidney transplantation in Alport Syndrome. *Kidney Int Rep* 2018; 3 (3): 652-60
- [19]. Clifford K. Renal transplantation in patients with Alport syndrome: patient selection, outcomes, and donor evaluation. *Int J Nephrol Renovasc Dis* 2018; 11: 267-70
- [20]. Salvatore SP, Reddi AS, Chandran CB et al. Collapsing glomerulopathy superimposed on diabetic nephropathy: insights into etiology of an under-recognized, severe pattern of glomerular injury. *Nephrol Dial Transplant*. 2014 Feb;29(2):392-9
- [21]. Ana I. Sánchez-Fructuoso, et al. Antiglomerular basement membrane antibody-mediated nephritis in two patients with type II diabetes mellitus. *Nephrol Dial Transplant* (1998) 13: 2674–2678.
- [22]. Melvin T, Kim Y, Michael AF. Selective binding of Ig G4 and other negatively charged proteins in normal and diabetic kidneys. *Kidney Int* 1983; 28: 195±198
- [23]. Jia XY, Qu Z, Cui Z et al. Circulating anti-glomerular basement membrane autoantibodies against $\alpha 3$ (IV)N C1 undetectable by commercially available enzyme linked immunosorbent assays. *Nephrology (Carlton)* 2012; 17: 160–166
- [24]. Wang, Y., Zhang, J., Zhao, Y et al. COL4A3 Gene Variants and Diabetic Kidney Disease in MODY *Clin J Am Soc Nephrol*. 2018 Aug 7;13(8):1162-1171
- [25]. Holderied A, Romoli S, Eberhard J, et al. Glomerular parietal epithelial cell activation induces collagen secretion and thickening of Bowman's capsule in diabetes. *Lab Invest*. 2015 Mar;95(3):273-82.

Trasplante Renal en Pacientes Añosos

Díaz, C.H.; ⁽¹⁾

Sección Nefrología, Depto. Medicina Interna, Instituto Universitario CEMIC (IUC).

INTRODUCCIÓN

El número global de personas añosas crece en forma sostenida generando una de las transformaciones sociales más significativas del siglo 21, con implicancias en todos los niveles de la sociedad y por tanto a la salud, que no escapa a esta observación. Un hecho muy interesante es que estos cambios se verán por igual en países desarrollados como en aquellos de medianos o bajos recursos. Más aún, según las estimaciones hechas por la *Revision of World Population Prospects de 2019*, para el año 2050 una de cada seis personas tendrá una edad mayor a 65 años (en la actualidad representan aproximadamente uno de cada once) y aquellos mayores de 80 años triplicarán el número, pasando de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050. Los más preocupante es que el 80% de ellos vivirán en países de medianos y bajos ingresos (Fig.1).^[1]

La enfermedad renal crónica es un problema clínico muy común en sujetos añosos y se asocia a una mayor morbi-mortalidad^[2]. Del mismo modo, al tiempo que aumenta al expectativa de vida, hay una mayor prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo como la hipertensión y la diabetes^[3] que predisponen al desarrollo de enfermedad renal crónica en esta población. Por otra parte, los pacientes bajo tratamiento sustitutivo renal son más añosos, hecho que va asociado a un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.^[4,5]

El trasplante renal es el tratamiento de elección de la enfermedad renal crónica^[6]. No sólo ofrece beneficios en términos de supervivencia, también impacta positivamente en la calidad de vida y resulta más costo-efectivo que el manejo con diálisis.^[7-9]

Habitualmente nos preguntamos frente a potenciales receptores de trasplante de edad avanzada hasta qué punto serán buenos candidatos^[10,11]. Claro está, no hay una respuesta formal y en buena medida está dada por cómo definimos la edad de un sujeto en particular.

El trasplante renal en los sujetos añosos

Desde la publicación del trabajo de Wolf y colaboradores, el cual demostraba que el trasplante renal otorga una mejor expectativa en años de vida comparado con la permanencia en diálisis o aún en la lista de espera para trasplante renal en todos los grupos etáreos, es ampliamente aceptado que el trasplante renal es una opción válida en sujetos añosos^[12]. Varios estudios han reportado resultados semejantes en receptores de trasplante renal mayores de 60 años, aún cuando otros aspectos fueron considerados por encima del factor edad como el tipo de donante o la presencia de comorbilidades, sosteniendo la premisa que el trasplante de riñón es la modalidad terapéutica de elección en esta población frente a las opciones de tratamiento sustitutivo renal por diálisis^[13-20]. El mayor acceso a trasplante de pacientes añosos se ha acompañado de una consistente mejoría tanto en supervivencia de injertos como de pacientes respecto del pasado, aún cuando se han sido receptores de donantes de criterio expandido o marginales^[21]. Diversas guías han determinado que la edad no constituye per se una condición para negar el acceso al trasplante renal a pacientes añosos^[22-23]. Sin embargo, estas mismas alertan sobre la apropiada evaluación en búsqueda de aquellas condiciones que pudieran afectar la evolución posterior al momento del implante. Estas incluyen, entre otras, la evaluación de los factores de riesgo cardiovascular y su situación de vida.

La presente revisión apunta a señalar aquellos desafíos a superar en este particular escenario desde una visión local y que van desde el acceso a trasplante hasta aquellos determinantes de la evolución en estos receptores.

Acceso a trasplante en pacientes añosos

Entre un 12% a 13% de argentinos tienen algún grado de enfermedad renal crónica, en y en la actualidad cerca de 30000 pacientes se encuentran bajo tratamiento sustitutivo renal por diálisis^[24]. De estos últimos unos 5500 han accedido a la lista de espera o si se quiere algo menos del 20%,

Conflicto de intereses:

El presente artículo se presentará también en revista específica de Trabajo Social.

Correspondencia:

DR. Carlos Hugo Díaz, cdiaz@cemic.edu.ar

lo que representa una considerable brecha en términos de acceso a dicha lista. Si analizamos la situación de los pacientes mayores de 60 años ellos representan más del 50% del total de los pacientes bajo tratamiento sustitutivo renal por diálisis, de los cuales solo el 20% fue incluido en la lista de espera de trasplante renal. Cuando uno busca la razón aducida para negar su inclusión en la lista, la edad sigue siendo la causa principal. Este hecho es más notorio para los sujetos de 70 años o más (dato no publicado recabado del Registro CRESI, INCUCAI).

Evolución de los receptores añosos

Los resultados del trasplante renal en Argentina son buenos. La supervivencia del injerto renal al primer, quinto y décimo años para receptores adultos entre 35 a 60 años y aquellos mayores de 60 años es de 94% vs. 92%, 86% vs. 79%, 70% vs. 61% respectivamente. (Fig)

Independientemente de ello subyace la pregunta si estos resultados son semejantes a los receptores de 60 años o más. De igual modo se plantea la pregunta de si existen, tal como alertan las guías, factores que impacten en la evolución posterior de estos receptores.

Esto llevo a conducir un estudio multicéntrico, donde se hizo uso del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC) al tiempo de ingreso a lista de espera^[25]. Fueron algo más de 1000 pacientes incluidos en el estudio. Después del apareado entre los grupos que permanecieron en la lista de espera y los que accedieron a trasplante durante el período de seguimiento se encontró que los receptores de trasplante, independientemente de ICC, tuvieron mejores tasa de supervivencia que aquellos que permanecieron en lista de espera. Sin embargo, y cómo puede resultar predecible, aquellos receptores con un ICC mayor tenían una evolución peor frente a los receptores con un ICC más bajo.

Esto llevo a un segundo estudio (no publicado, presentado en la última edición del congreso de TTS2022) focalizado en la evolución de la cohorte trasplantada en función del ICC de base y su impacto en morbilidad después del trasplante^[26]. Se dividió la población en estudio en tres grupos de acuerdo a su el ICC fuera bajo, intermedio o alto.

Las composición y datos basales fueron semejantes en los tres grupos. Luego del trasplante renal se encontró que aquellos con un índice alto cursaron con peor función renal, mayor número de readmisiones hospitalarias, más complicaciones quirúrgicas, y mayor incidencia de diabetes mellitus postrasplante. En contrapartida, se observó que este grupo presentaba una menor incidencia de episodios de rechazo agudo.

La supervivencia de los injertos, censurada para muerte, re-

sultó comparable en tanto que la supervivencia de pacientes era decreciente a lo largo del período de seguimiento y acorde a un mayor índice de comorbilidad. Cuando se pone el foco en la tasa de readmisiones hospitalarias, éstas fueron más frecuentes en los receptores con un ICC mayor, las cuales en su mayoría fueron por una causa infecciosa. Vale destacar que las infecciones fueron igualmente la principal causa de muerte en este grupo. Lo que no se logró establecer en esta cohorte es un umbral o límite superior de la puntuación del ICC, lo cual puede ser debido al bajo número de pacientes en el grupo de mayor riesgo. Pero un reciente estudio sueco, se encontró que aquellos con una puntuación del ICC de 7 tenían 4,6 veces una mayor tasa de mortalidad en comparación con los pacientes con puntuación del ICC de menos de 4.^[27]

Una puntuación elevada en el ICC, la incompatibilidad HLA, una estancia hospitalaria prolongada y las complicaciones quirúrgicas se asociaron a una peor supervivencia de los pacientes y como ya fuera mencionado la principal causa de muerte fue la enfermedad infecciosa^[28-29]. Estos datos imponen explorar estrategias individualizadas para modificar estas variables y con ello mejorar la evolución de estos receptores de trasplante renal.

Fragilidad

La fragilidad es un síndrome biológico, complejo y multifactorial caracterizado por una disminución de las reservas fisiológicas y una mayor vulnerabilidad a los factores estresantes^[30-31]. En los receptores de trasplantes y en particular en aquellos de edad avanzada, la fragilidad plantea retos importantes para el éxito del trasplante, ya que se asocia a complicaciones postrasplante, mayor tasa de mortalidad y una menor calidad de vida^[32-33]. Entre las características más comunes de la fragilidad se incluyen la reducción de la fuerza muscular, la disminución de la actividad física, la pérdida de peso involuntaria, la fatiga, la movilidad reducida y las caídas.

Existen varias herramientas para evaluar la fragilidad, entre ellas el Fenotipo Físico de Fragilidad es una de las más aceptadas pero existen otras validadas como la Escala de Fragilidad Clínica y la Escala de Fragilidad de Edmonton^[34-35]. Estas evalúan diferentes aspectos de la fragilidad, incluyendo el rendimiento físico, el estado funcional y la carga de comorbilidad. Dado el impacto de la fragilidad en la evolución de estos pacientes, su diagnóstico debería convertirse en una parte integral de los protocolos de evaluación pretrasplante.

Fragilidad en Enfermedad Renal Crónica

La fragilidad es altamente prevalente en personas con en-

fermedad renal crónica^[36-37]. A mayor deterioro funcional renal mayor proporción de sujetos con fragilidad, y si esto ocurre en sujetos de edad avanzada bajo tratamiento sustitutivo renal su prevalencia excede el 70%. Pero este síndrome se puede apreciar a todas las edades en estos pacientes, aún en aquellos seleccionados como candidatos para trasplante renal^[38].

Fragilidad en Candidatos a Trasplante Renal

El síndrome de fragilidad es común de encontrar en sujetos seleccionados para trasplante, ya sea al momento de su evaluación inicial o al momento de la asignación del órgano para trasplante. Ha sido estimado que más del 50% de los pacientes seleccionados para trasplante presentan fragilidad, de los cuales un 20% son frágiles y un 32% tiene una forma intermedia. Su prevalencia es mayor en sujetos mayores, en especial para aquellos de más de 75 años. Ser frágil aumenta en 1.7 veces la mortalidad en lista de espera. La fragilidad debe ser evaluada intencionalmente ya que hay una falta de auto-identificación del estado de fragilidad. Los patrones más comunes de fragilidad encontrados son la disminución en la fuerza de prensión, la baja actividad física y la disminución de la velocidad de la marcha^[39].

Fragilidad en Receptores de Trasplante Renal

La fragilidad tiene una naturaleza dinámica siendo posible pasar de un estado frágil a no frágil, lo que es razonable y señala la importancia de la gestión de los factores de riesgo modificables para la fragilidad como la obesidad o la actividad física.

Los receptores de trasplante con fragilidad tienen más probabilidades de sufrir un peor resultado clínico. Fragilidad se ha asociado a depresión, mayor tiempo de hospitalización, mayor riesgo de delirio en el postrasplante inmediato (2.05), por dos veces mayor riesgo de retardo en la función del injerto renal, y 1.6 veces mayor riesgo de readmisiones en el corto plazo^[40]. Por otra parte, en el largo término, fragilidad se ha asociado con mayor riesgo de pérdida del injerto y mortalidad.

El trasplante renal puede resultar beneficioso en términos de mejora del estado de fragilidad^[41]. En un estudio longitudinal prospectivo, 349 receptores de trasplante renal de donante fallecido fueron evaluados. El seguimiento medio fue de 14 meses, y la última visita de tuvo lugar 5,9 años después del trasplante renal. El 20,9% tenía una edad ≥ 65 años. Después del implante se observó un agravamiento de la fragilidad. Esto está limitado al postrasplante inmediato ya que se aprecia una mejoría de la fragilidad a partir de los 3 meses. Aunque los receptores que eran frágiles al momento del trasplante renal tenían mayores puntuaciones de

fragilidad en el largo plazo, eran más propensos a mostrar mejoras (2,5 veces) en su reserva fisiológica, apoyando la noción de que el trasplante ofrece mejoría en estos individuos y sugiriendo que la fragilidad previa al trasplante no es un estado irreversible de baja reserva fisiológica. El siguiente paso crucial consiste en identificar un programa de rehabilitación eficaz y efectivo que ayude a crear una reserva fisiológica antes de someterse a los factores de estrés quirúrgico introducidos por el trasplante y así prevenir los resultados adversos a largo plazo y las consecuencias que potencialmente resultasen de esta condición^[32-33].

La fragilidad en los receptores de trasplantes de edad avanzada representa un reto importante para los resultados del trasplante. Comprender el impacto de la fragilidad en las complicaciones postrasplante, evaluar la fragilidad antes y después del trasplante e implementar intervenciones específicas son pasos necesarios a incluir en la práctica para mejorar los resultados de esta población vulnerable.

Trastorno Cognitivo en Receptores Añosos

Dimensión del problema

El deterioro cognitivo es una condición común en pacientes con enfermedad renal crónica, afecta la selección de los potenciales receptores de trasplante renal y es igualmente observada a lo largo de la evolución de los pacientes transplantados. En receptores de trasplante renal su detección impacta en la calidad de vida, en la supervivencia del injerto, en la morbilidad y mortalidad^[42].

El deterioro cognitivo se define como la pérdida de al menos dos de los diferentes dominios de la función cognitiva. Esto puede afectar la función ejecutiva (por ejemplo: la planificación, el razonamiento, el pensamiento abierto), la concentración, el pensamiento abstracto, el estado cognitivo general, el manejo de información, la velocidad motora, el razonamiento espacial, el lenguaje, la fluidez verbal, la memoria verbal y/o visual.

El deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad renal crónica como en los receptores de trasplantes de edad avanzada es un problema frecuente que a menudo se pasa por alto y que impacta en la evolución, en la calidad de vida y el pronóstico a largo plazo.

En sujetos con un filtrado glomerular igual o menor a 30 ml/min el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo aumenta en forma significativa. Se ha observado que por cada 10 ml/min/1,73 m² de caída en la tasa de filtración glomerular estimada aumenta un 11% la prevalencia de deterioro cognitivo^[43]. En pacientes con enfermedad renal crónica avanzada aumenta por dos el riesgo de deterioro cognitivo y demencia, situación que se asocia con mayor riesgo de inicio temprano de tratamiento sustitutivo renal;

y se la ha encontrado altamente prevalente en pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal^[44]. En todos los escenarios es coincidente la observación de estar asociado a mayor mortalidad. En los receptores de trasplante la prevalencia de deterioro cognitivo es alta aunque menor a la conocida en pacientes en diálisis y es sería del 22% al 58%. Este amplio rango se debe a los distintos medios por los que fueran evaluadas las esferas cognitivas. La prevalencia de demencia es de aproximadamente el 17% entre los receptores de trasplante mayores de 75 años, en comparación con el 7,5% de la población general. Vale destacar que la edad es un claro factor de riesgo pero que afecta por igual a receptores más jóvenes. Más preocupante aún, el deterioro cognitivo no guarda relación con el filtrado glomerular en los receptores de trasplante pudiendo afectar a pacientes con una función satisfactoria del injerto renal^[45].

Diagnóstico del deterioro cognitivo

En cualquiera de sus formas de presentación clínica, desde el deterioro cognitivo leve a la demencia, es una preocupación creciente en esta población ya que puede comprometer la adherencia a regímenes de medicación complejos, mermar la capacidad de toma de decisiones y aumentar el riesgo de complicaciones en el postrasplante.

Hay diferentes formas de arribar al diagnóstico y su pesqui sa se entiende esencial en este grupo de pacientes. Las evaluaciones neuropsicológicas, que incluyen pruebas de memoria, atención, función ejecutiva y lenguaje, pueden ayudar a detectar precozmente los déficits cognitivos a la vez que identificar a los pacientes en riesgo y facilitar las intervenciones oportunas para optimizar los resultados del trasplante y mejorar la calidad de vida en general. Dentro de las distintas pruebas desarrolladas para la detección del deterioro cognitivo, el mini mental test (MMSE) es ampliamente usado y simple de llevar a cabo. La prueba conocida como Montreal Cognitive Assessment (MoCA) es otra muy usada^[42]. Está validada y resulta la más precisa con una sensibilidad del 80% al 100% y una especificidad de 50% al 76% aunque se ha observado que con un punto de corte de 24/26 se reduce el riesgo de falsos positivos. Si la evaluación resulta positiva para deterioro cognitivo, el paciente deben someterse a pruebas neuropsicológicas adicionales y confirmatorias. Esta evaluación debería ser realizada por especialistas en demencia vascular, de modo que se seleccionen las pruebas neuropsicológicas apropiadas para confirmar el diagnóstico de deterioro cognitivo, cuantificar su grado y determinar el deterioro específico por dominios.

Fisiopatología

Numerosos factores contribuyen al desarrollo de deterioro cognitivo en estos pacientes, lo que hace que la comprensión de la o las causas que lo provocan sea más compleja. A pesar de ello arribar a ese punto resulta importante para poder orientar el manejo de estos pacientes en pos de controlar, sino mejorar el deterioro cognitivo. Los cambios relacionados con la edad, los déficits cognitivos preexistentes, las comorbilidades y las enfermedades cerebrovasculares son factores de riesgo conocidos. A esto se suma el acto quirúrgico y el uso de agentes inmunosupresores dada su condición de receptores de trasplante.

La fisiopatología del deterioro cognitivo en este contexto es compleja y multifactorial. Se postulan tanto factores de riesgo tradicionales como no tradicionales todos ellos bien conocidos en los pacientes con enfermedad renal crónica. Si bien algunos de estos factores experimentarían cierta mejoría tras el trasplante, otros factores podrían contribuir al deterioro cognitivo en diferentes etapas del postrasplante. En la etapa previa al trasplante se destacan los factores de riesgo cardiovascular, comunes a los de la enfermedad renal crónica (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaquismo, entre otros); aquellos propios de la enfermedad renal avanzada (uremia, anemia, hipotensión intradiálisis); y las lesiones cerebrales preexistentes (atrofia cerebral, microinfartos cerebrales, alteraciones de la sustancia blanca, entre otros).

La instancia de la cirugía del implante se señala como otro factor de riesgo para el desarrollo o agravamiento del deterioro cognitivo. Especial atención se le ha prestado a la manifestación de delirio en el postoperatorio. Un tanto menos preciso es el rol de los anestésicos, como el de las complicaciones del postoperatorio en la fisiopatología del trastorno cognitivo.

Buena parte de los inmunosupresores utilizados en trasplante renal pueden alterar la esfera cognitiva. Los esteroides, los inhibidores de la calcineurina (ciclosporina y tacrolimus) y los inhibidores de mTOR (sirolimus y everolimus) cuentan con mecanismos descritos de alteración de la función neuronal, de la regulación vasculocerebral como de la inmune, todas las cuales podrían derivar en la alteración de la cognición^[44].

Evolución clínica y manejo postrasplante

Algunos estudios han demostrado que una proporción significativa de receptores de trasplantes de edad avanzada experimentan algún grado de deterioro cognitivo, si bien varios estudios han encontrado que luego del trasplante renal hay mejoría en algunos aspectos de la esfera cognitiva diagnosticada previamente. Un metanálisis reciente

concluyó que existe una mejora cognitiva en algunos dominios específicos tras un trasplante exitoso^[45]. No obstante, los receptores de trasplantes siguen presentando resultados significativamente inferiores a los controles sanos en algunas áreas, y la prevalencia sigue siendo alta, la cual oscila entre un 20% y un 50%. Por supuesto, ésta es inferior a la observada en pacientes en terapias sustitutivas renales, independientemente de si estos pacientes se encuentran en hemodiálisis o diálisis peritoneal^[46]. También se ha observado que la demencia es más prevalente en comparación con la población general.

Se considera que la función cognitiva declina a largo plazo después del trasplante renal, sin embargo, una evaluación sistemática para su detección no es todavía una práctica rutinaria y extendida^[47].

El manejo del deterioro cognitivo en los receptores de trasplantes requiere un enfoque multidisciplinar y de momento no escapa a las recomendaciones aplicadas a la población general. La optimización de los regímenes de medicación, especialmente minimizando los agentes inmunosupresores con potencial neurotóxico cuando sea posible no deja de ser un área de especulación. Las modificaciones del estilo de vida, como el ejercicio físico y el entrenamiento cognitivo, la correlación con cambios neurológicos estructurales son algunas de las líneas de investigación que se encuentran en desarrollo.

Dado que el número de adultos mayores sometidos a trasplantes sigue aumentando, se impone la necesidad de sistematizar la pesquisa a la vez que seguir investigando sobre el deterioro cognitivo en esta población.

CONCLUSIÓN

La tendencia demográfica global de la sociedad y en particular de la población con enfermedad renal crónica, hace necesaria la búsqueda de alternativas en el grupo de pacientes de edad avanzada. Existe un consenso extendido en que la edad no debe ser un factor limitante para la selección de posibles receptores de trasplante renal. El trasplante renal en pacientes añosos mejora la supervivencia y la calidad de vida en comparación con la diálisis, con un coste menor. La evaluación debe ser individualizada, objetiva, con menos énfasis en la edad y mayor atención en las comorbilidades coexistentes en estos pacientes, en los determinantes de su estado funcional y su calidad de vida; factores que claramente impactan en la evolución posterior al trasplante. Así todo, el acceso es limitado aún en nuestro país donde los costes de la evaluación y el trasplante se encuentran completamente cubiertos.

Se ha avanzado mucho en la inclusión de cada vez más

sujetos de edad avanzada como receptores de trasplante renal, sin embargo restan aún muchas preguntas por resolver. Esto impone dedicar más investigación y generar más conocimiento de aquellos factores que puedan contribuir a obtener mejores resultados en esta población.

BIBLIOGRAFÍA

- [1].- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423).
- [2].- Mary Mallappallil, Eli A Friedman, Barbara G Delano, Samy I McFarlane, Moro O Salifu. Chronic kidney disease in the elderly: evaluation and management. *Clin. Pract.* (2014) 11(5), 525–535.
- [3].- Williams M. Diabetic kidney disease in elderly individuals. *Med Clin North Am.* 2013;97(1):75–89.
- [4].- Jager KJ, van Dijk PC, Dekker FW, Stengel B, Simpson K, Briggs JD: The epidemic of aging in renal replacement therapy: An update on elderly patients and their outcomes. *Clin Nephrol* 60: 352–360, 2003.
- [5].- Manjula Kurella, Kenneth E Covinsky, Alan J Collins, Glenn M Chertow. Octogenarians and Nonagenarians Starting Dialysis in the United States. *Ann Intern Med.* 2007 Feb 6;146(3):177-83.
- [6].- Meier-Kriesche HU, Kaplan B. Waiting time on dialysis as the strongest modifiable risk factor for renal transplant outcomes: a paired donor kidney analysis. *Transplantation.* 2002 Nov 27;74(10):1377-81.
7. Ogutmen B, Yildirim A, Sever MS, Bozfakioglu S, Ataman R, Ereğ E, Cetin O, et al. Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplant Proc.* 2006 Mar; 38(2):419-21.
- [8].- Tomasz W, Piotr S. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Ann Transplant.* 2003;8(2):47-53.
- [9].- Yang F, Liao M, Wang P, Yang Z, Liu Y. The Cost-Effectiveness of Kidney Replacement Therapy Modalities: A Systematic Review of Full Economic Evaluations. *Appl Health Econ Health Policy.* 2021 Mar; 19(2):163-180.
- [10].- Schoot TS, Goto NA, van Marum RJ, Hilbrands LB, Kerckhoffs APM. Dialysis or kidney transplantation in older adults? A systematic review summarizing functional, psychological, and quality of life-related outcomes after start of kidney replacement therapy. *Int Urol Nephrol.* 2022 Nov; 54(11):2891-2900.
- [11].- Weber M, Faravardeh A, Jackson S, Berglund D, Spong R, Matas AJ, Gross CR, Ibrahim HN. Quality of life in elderly kidney transplant recipients. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Oct; 62(10):1877-82.
- [12].- Robert A. Wolfe, Valarie B Ashby, Edgar L. Milford, Akinlolu O. Ojo, Robert E. Ettenger, Lawrence Y.C. Agodoa, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med.* 1999; 341:1725-30.

- [13].- Ojo AO, Hanson JA, Meier-Kriesche HU, Okechukwu CN, Wolfe RA, Leichtman AB, et al. Survival in recipients of marginal cadaveric donor kidneys compared with other recipients and wait-listed transplant candidates. *J Am Soc Nephrol*. 2001 Mar; 12(3):589-597.
- [14].- Rao PS, Merion RM, Ashby VB, Port FK, Wolfe RA, Kayler LK. Renal transplantation in elderly patients older than 70 years of age: results from the Scientific Registry of Transplant Recipients. *Transplantation*. 2007 Apr 27; 83(8):1069-74.
- [15].- Gill JS, Tonelli M, Johnson N, Kiberd B, Landsberg D, Pereira BJ. The impact of waiting time and comorbid conditions on the survival benefit of kidney transplantation. *Kidney Int*. 2005 Nov; 68(5):2345-51.
- [16].- Bayat S, Kessler M, Briançon S, Frimat L. Survival of transplanted and dialysed patients in a French region with focus on outcomes in the elderly. *Nephrol Dial Transplant*. 2010 Jan; 25(1):292-300.
- [17].- Savoye E, Tamarelle D, Chalem Y, Rebibou JM, Tuppin P. Survival benefits of kidney transplantation with expanded criteria deceased donors in patients aged 60 years and over. *Transplantation*. 2007 Dec 27; 84(12):1618-24.
- [18].- Oniscu GC, Brown H, Forsythe JL. How great is the survival advantage of transplantation over dialysis in elderly patients? *Nephrol Dial Transplant*. 2004 Apr; 19(4):945-51.
- [19].- Heldal K, Hartmann A, Grootendorst DC, de Jager DJ, Leivestad T, Foss A, Midtvedt K. Benefit of kidney transplantation beyond 70 years of age. *Nephrol Dial Transplant*. 2010 May; 25(5):1680-7.
- [20].- Lloveras J, Arcos E, Comas J, Crespo M, Pascual J. A paired survival analysis comparing hemodialysis and kidney transplantation from deceased elderly donors older than 65 years. *Transplantation*. 2015 May; 99(5):991-6.
- [21].- McAdams-DeMarco MA, James N, Salter ML, Walston J, Segev DL. Trends in kidney transplant outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014 Dec; 62(12):2235-42.
- [22].- Knoll G, Cockfield S, Blydt-Hansen T, Baran D, Kiberd B, Landsberg D, et al. Kidney Transplant Working Group of the Canadian Society of Transplantation. Canadian Society of Transplantation consensus guidelines on eligibility for kidney transplantation. *CMAJ*. 2005 Nov 8; 173(10):1181-4.
- [23].- Dudley C, Harden P. Renal Association Clinical Practice Guideline on the assessment of the potential kidney transplant recipient. *Nephron Clin Pract*. 2011; 118 Suppl 1:c209-24.
- [24].- Marinovich S, Bisigniano L, Rosa Diez G, Hansen Krogh D, Celia E, Tagliafichi V, Fayad A, et al.: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2021. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2022.
- [25].- Fragale GD, Pujol GS, Laham G, Raffaele P, Fortunato M, Imperiali N, Giordani MC, et al. Renal Transplantation in Patients Older Than 60 Years With High Comorbidity. Is There a Survival Benefit? A Multicenter Study in Argentina. *Transplantation*. 2020 Aug; 104(8):1746-1751.
- [26].- Guillermo Fragale, Gustavo Laham, Pablo Raffaele, Marcela Fortunato, Susana Villamil, Cora Giordani et al. Renal transplantation in the elderly. Are they all the same? A multicenter, comorbidity based study. Abstract ID #67. 29th International Congress of The Transplantation Society. TTS2022, Buenos Aires.
- [27].- Erlandsson H, Qureshi AR, Scholz T, Lundgren T, Bruchfeld A, Stenvinkel P, Wennberg L, Lindnér P. Observational study of risk factors associated with clinical outcome among elderly kidney transplant recipients in Sweden - a decade of follow-up. *Transpl Int*. 2021 Nov; 34(11):2363-2370.
- [28].- Meier-Kriesche HU, Schold JD, Srinivas TR, Reed A, Kaplan B. Kidney transplantation halts cardiovascular disease progression in patients with end-stage renal disease. *Am J Transplant*. 2004 Oct; 4(10):1662-8.
- [29].- Haynes L. Aging of the Immune System: Research Challenges to Enhance the Health Span of Older Adults. *Front Aging*. 2020 Oct 15; 1:602108.
- [30].- Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jun; 14(6):392-7.
- [31].- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Mar; 59(3):255-63.
- [32].- McAdams-DeMarco MA, Chu NM, Segev DL. Frailty and Long-Term Post-Kidney Transplant Outcomes. *Curr Transplant Rep*. 2019 Mar; 6(1):45-51.
- [33].- McAdams-DeMarco MA, King EA, Luo X, Haugen C, DiBrito S, Shaffer A, et al. Frailty, Length of Stay, and Mortality in Kidney Transplant Recipients: A National Registry and Prospective Cohort Study. *Ann Surg*. 2017 Dec; 266(6):1084-1090.
- [34].- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar; 56(3):M146-56.
- [35].- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006 Sep; 35(5):526-9.
- [36].- Nagaraju SP, Shenoy SV, Gupta A. Frailty in end stage renal disease: Current perspectives. *Nefrologia (Engl Ed)*. 2022 Sep-Oct; 42(5):531-539.
- [37].- Bao Y, Dalrymple L, Chertow GM, Kaysen GA, Johansen KL. Frailty, dialysis initiation, and mortality in end-stage renal disease. *Arch Intern Med*. 2012 Jul 23; 172(14):1071-7.
- [38].- Aiello F, Dueñas EP, Musso CG. Senescent Nephropathy: The New Renal Syndrome. *Healthcare (Basel)*. 2017 Oct 28; 5(4):81.
- [39].- McAdams-DeMarco MA, Ying H, Olorundare I, King EA, Haugen C, Buta B, et al. Individual Frailty Components and Mortality in Kidney Transplant Recipients. *Transplantation*. 2017 Sep; 101(9):2126-2132.
- [40].- Garonzik-Wang JM, Govindan P, Grinnan JW, Liu M, Ali HM, Chakraborty A, et al. Frailty and delayed graft function in kidney transplant recipients. *Arch Surg*. 2012 Feb; 147(2):190-3.

[41].- McAdams-DeMarco MA, Isaacs K, Darko L, Salter ML, Gupta N, King EA, et al. Changes in Frailty After Kidney Transplantation. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Oct; 63(10):2152-7.

[42].- Jurgensen A, Qannus AA, Gupta A. Cognitive Function in Kidney Transplantation. *Curr Transplant Rep.* 2020 Sep; 7:145-153.

[43].- Kurella Tamura M, Wadley V, Yaffe K, McClure LA, Howard G, Go R, et al. Kidney function and cognitive impairment in US adults: the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. *Am J Kidney Dis.* 2008 Aug; 52(2):227-34.

[44].- Murray AM, Tupper DE, Knopman DS, Gilbertson DT, Pederson SL, et al. Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. *Neurology.* 2006 Jul 25; 67(2):216-23.

[45].- Joshee P, Wood AG, Wood ER, Grunfeld EA. Meta-analysis of cognitive functioning in patients following kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant.* 2018 Jul 1; 33(7):1268-1277.

[46].- Chu NM, Shi Z, Haugen CE, Norman SP, Gross AL, Brennan DC, et al. Cognitive Function, Access to Kidney Transplantation, and Waitlist Mortality Among Kidney Transplant Candidates With or Without Diabetes. *Am J Kidney Dis.* 2020 Jul; 76(1):72-81.

[47].- Golenia A, Malyszko JS, Malyszko J. Cognitive Impairment and Kidney Transplantation: Underestimated, Underrecognized but Clinically Relevant Problem. *Kidney Blood Press Res.* 2022; 47(7):459-466

Esbozos para una Clínica Social en Trasplante. Contribuciones Teórico-Epistemológicas y Metodológicas desde el Trabajo Social. Primera Parte.

Chuard, F. J.⁽¹⁾; Monti, J. M.⁽¹⁾

Cudaio. Santa Fe. Argentina.

RESUMEN

En el presente ensayo, proponemos una aplicación profesional que denominamos Clínica Social. La misma nos posibilita la recuperación de la situación sociosanitaria de trasplante en una persona. Se trata de esbozos y aportes, que nos parecen relevantes para compartir y hacerlos de público conocimiento porque nos ha dado resultados positivos desde su implementación.

Los problemas sociales no solamente se interpretan de las expresiones de la cuestión social y de las estructuras sociales injustas, sino también de aquellos que tienen otra naturaleza y otras causalidades. Hay problemas sociales que nacen, estrictamente, del mundo vital, de las relaciones sociales que se dan en la vida cotidiana, de la cultura de cada persona, de vínculos concretos, de la configuración socio-subjetiva singular de los destinatarios.

La clínica social constituye un espacio privilegiado para realizar este tipo de ejercicio socio-comprensivo. Es una expresión de nuestra perspectiva metodológica: La hermenéutica histórico-simbólica. Aquí integramos mutuamente dos grandes formas de comprensión (la histórica y la fenomenológica), y la categoría social que usamos para integrarlas es el proceso de socialización.

Esta aplicación también nos ayuda a percibir y comprender cómo el proceso social (no sólo como estructura, sino también como mundo vital, como subjetividad, como cultura) se encarna en un sujeto-actor social concreto, de cómo lo social (tanto lo micro como lo macro social) se materializa, expresa, manifiesta y singulariza. Y todo ello, a fin de construir respuestas a sus problemas sociales, pero adecuada a su vida cotidiana y a su universo de sentido. Es sumamente útil para la realización del diagnóstico social, visibilizar las potencias sociales como facilitadores y pensar las posibles estrategias a seguir.

Palabras clave: Problemas Sociales - Fortalezas Sociales - Clínica Social - Hermenéutica.

ABSTRACT

In the present trial, we propose a professional application that we call Social Clinic. It allows us to recover from the social and health situation of transplantation in a person. These are outlines and contributions, which we believe are relevant to share and

Debido a la extensión de este artículo, lo que presentamos a continuación constituye la primera parte del mismo; mientras que su segunda parte fue publicada por la Revista Argentina de Trasplante (2021; III: 50-58). Habíamos decidido comenzar por la segunda parte a fin no sólo de respetar el reglamento de las publicaciones académicas, sino también para ilustrar y ejemplificar el presente dispositivo y, obtener así, una mayor comprensión sobre el mismo.

Conflicto de intereses:

Correspondencia:

El presente artículo se presentará también en revista específica de Trabajo Social.

Fernando Jesús Chuard: fjch14@gmail.com
Juan Manuel Monti: jmmcor@hotmail.com

make them public knowledge because it has given us positive results since its implementation.

Social problems are interpreted not only from expressions of the social question and unjust social structures, but also from those that have a different nature and other causalities. There are social problems that are born, strictly, of the vital world, of the social relations that occur in daily life, of the culture of each person, of concrete links, of the singular socio-subjective configuration of the recipients.

The social clinic is a privileged space to perform this type of socio-comprehensive exercise. It is not a methodology, but an expression of our epistemological-methodological perspective: Historical-symbolic hermeneutics. Here we integrate two great forms of understanding (historical and phenomenological), and the social category we use to integrate them is the process of socialization.

This application also helps us to perceive and understand how the social process (not only as a structure, but also as a vital world, as subjectivity, as culture) is embodied in a specific social subject-actor, of how the social (both the micro and the macro social) materializes, expresses, manifests and singularizes. And all this, in order to build answers to their social problems, but appropriate to their daily lives and their universe of meaning. It is extremely useful for the realization of the social diagnosis, to make visible the social powers as facilitators and to think about the possible strategies to follow.

Keywords: *Social Problems - Social Strengths - Social Clinic - Hermeneutics.*

INTRODUCCIÓN

El presente ensayo científico es fruto de la recuperación teórica-metodológica de nuestras prácticas profesionales como trabajadores sociales de CUDAI0. Se realizó al interior del equipo de pre-trasplante de órganos de CEMAFE (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe), de la Ciudad de Santa Fe, a lo largo del año 2019. Su presentación tiene el objetivo de comunicar y compartir con otros colegas una modalidad o aplicación profesional que denominamos Clínica Social, la cual nos ha dado resulta-

dos positivos desde su implementación. Pero principal y fundamentalmente, tiene la finalidad última de aclarar, de dilucidar, de esclarecer ante Nosotros Mismos, nuestros propios posicionamientos (en particular, los pertenecientes a la dimensión teórico-epistemológica y metodológica) acerca de lo que es el Trabajo Social. nos propusimos además, el desafío de definir roles y/o funciones del Trabajo Social al interior de este equipo de pre-trasplante de órganos; con la posibilidad posterior de compartir experiencias con colegas que trabajan dentro del ámbito de la diálisis y del trasplante de órganos en general, a fin de ir definiendo núcleos duros de trabajo profesional. Asimismo, surge de nuestro interés personal por definir nuestra profesión (especialmente, desde el continente teórico-metodológico y epistemológico) en este espacio socio sanitario específico, puesto que se puede percibir claramente que existe una diversidad de concepciones y nociones (algunas de ellas, incluso, contradictorias entre sí, o lo que es peor, erróneas) tanto sobre lo que hace el trabajador social -vale decir, su quehacer profesional-, como lo que es el Trabajo Social en sí. Es por ello que nos parece de suma relevancia precisar desde esta perspectiva qué es el Trabajo Social, más precisamente su naturaleza y especificidad (que no es lo mismo que sus roles dentro de un ámbito laboral situado), a fin de evitar no sólo sobreentendidos, sino también malentendidos y nociones yuxtapuestas; todo ello perjudicial para cualquier práctica laboral.

Las profesiones, cambian con el avance del conocimiento y consolidación de sus espacios, de roles, de jerarquía, de responsabilidad, de metodologías, de instrumental técnico, de epistemología, de visiones ético-políticas, de espacio y posición social) según el campo de trabajo, del profesional en sí y de su mundo vital¹, del público y destinatarios de las intervenciones, del contexto institucional, socio histórico, cultural, político, económico. Sí nosotros (es decir, quienes escriben este artículo) tenemos necesidad de definir nuestros posicionamientos profesionales, porque existen diferentes ideas y nociones de lo que hace nuestra profesión; sino también porque percibimos la relevancia de definir nuestros posicionamientos, en la medida que nos da autonomía, vamos instalando poco a poco (en clave procesual, socio histórica), simplemente, la clase de trabajo que podemos realizar, pero también el tipo de praxis laboral que deseamos llevar a cabo. En una palabra, vamos construyendo

¹ El Mundo vital o mundo de la vida es la traducción del término alemán *Lebenswelt*, acuñado por Edmund Husserl. Con éste meta-concepto, Husserl hace referencia a la realidad o mundo experimentado subjetivamente, a la realidad tal como la vive y experimenta una persona concreta, no a la realidad o mundo objetivo, estructural, y como abstracción teórica. Así pues, no se debe confundir, en perspectiva hermenéutica, el concepto de mundo vital con el de vida cotidiana, en la medida en que esta última vendría a ser el mundo o realidad objetiva de un sujeto singular (o más precisamente, una parte de la realidad objetiva), en tanto que el primero constituye la experiencia subjetiva del mundo objetivo (vida cotidiana y estructura social). (Cf.: [https://encyclopaedia.herededitorial.com/wiki/Mundo_vital_\(Lebenswelt\)](https://encyclopaedia.herededitorial.com/wiki/Mundo_vital_(Lebenswelt)))

conscientemente nuestro espacio profesional, teniendo en cuenta seriamente los distintos condicionamientos y limitaciones que nos impone la realidad objetiva y singular.

ALGUNOS ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS DE NUESTRO POSICIONAMIENTO PROFESIONAL

Habiendo señalado la relevancia de definir los posicionamientos profesionales, ahora creemos oportuno dedicarnos a especificar algunos puntos (y sólo algunos) de nuestro posicionamiento teórico-epistemológico sobre el Trabajo Social (en adelante, TS) en general. En primer lugar, la corriente epistemológica que guía y orienta nuestra reflexión y praxis profesional es la hermenéutica. No deseamos hacer una caracterización exhaustiva de esta matriz teórica, puesto que ello llevaría mucho tiempo y éste no es el espacio para realizar dicha tarea. Tan sólo queremos señalar algunos de sus elementos realizando una apretada síntesis, a fin de ubicarnos epistemológicamente.

Según Zygmunt Bauman [2002], la palabra hermenéutica viene del griego *hermenēutikós*, que significa “relativo a la explicación”. Dicho significado no tiene el sesgo moderno y positivista, sino que más bien hace referencia a echar luz sobre algo oscuro, sobre algún punto o tema. Explicar, aquí, significa más bien aclarar, esclarecer, dilucidar, despejar, desenredar, iluminar, alumbrar. En la actualidad, y recuperando las contribuciones de Paul Ricoeur (uno de los hermeneutas más importantes del siglo XX), la hermenéutica es “... la teoría de las operaciones de la comprensión en su relación con la interpretación de textos, en la que la palabra hermenéutica no significa otra cosa que la experiencia metódica de la interpretación... Por lo tanto, es importante poner en relación... la interpretación con la comprensión... por comprensión entenderé el arte de captar el significado de los signos producidos por una conciencia diferente a la mía y accesibles a otras conciencias gracias a sus expresiones externas (gestos, posturas y, por supuesto, lenguaje).” [Ricoeur, 2013: pág. 59].

Con estas afirmaciones, Ricoeur [2013] nos dice que la hermenéutica es la comprensión orientada a la producción de conocimiento científico o, mejor dicho, la elaboración de sentido y significado científicos. Dicho de otro modo, la hermenéutica es la teoría epistemológica y metodológica

de la comprensión, en tanto que interpretación. En efecto, él hace una distinción entre interpretación y comprensión, estableciendo que la primera es un parcela o sector de la segunda. Interpretación y comprensión no son contradictorios sino complementarios; son términos que están íntimamente unidos. Sólo que la interpretación es aquella parte de la comprensión orientada a la producción de significado científico. La interpretación es la comprensión encaminada a la creación de conocimiento o sentido.

Ricoeur [2013] habla del texto como metáfora de la realidad. En este sentido, la interpretación de textos es el paradigma, el modelo, la referencia a seguir para producir significados. El texto es el objeto de estudio, y más específicamente en ciencias sociales, un determinado fenómeno social a estudiar. De la metáfora textual, se pueden deducir –entre otras cosas– varias herramientas teóricas para comprender la realidad. Nosotros rescataremos, concretamente, dos modos de comprensión. Uno de ellos será el análisis histórico. En efecto, para comprender y producir significado de un texto, es sumamente necesario conocer su contexto (de surgimiento, de producción y reproducción, sus devenires y trayectorias específicas, etcétera). De tal modo que la comprensión histórica nos habilita pensar la relación texto-contexto. Por otro lado, la metáfora del texto dará otra herramienta comprensivo-interpretativa de captación y construcción de sentido a la filosofía hermenéutica, que es la recuperación de la perspectiva y subjetividad del autor del texto y que, para el ámbito de las ciencias sociales, consistirá en rescatar la perspectiva del sujeto-actor social² (sea éste individual, grupal, comunitario, o colectivo). Dicho en otros términos, la metáfora del texto sugiere un segundo modo de análisis interpretativo: la relación pretexto-texto, y en estrecho vínculo con ella, la comprensión del mundo vital o *Lebenswelt*, el análisis fenoménico, de las formas o modos en los que experimentamos la realidad y la vida. Cada texto tiene una forma (género literario, por ejemplo), su mensaje se expresa o manifiesta de cierto modo, a través de una determinada tradición, la cual expresa uno o varios significados. Así pues, el paradigma textual orienta la comprensión y la interpretación en la hermenéutica.

Por otra parte, cabe destacar que la hermenéutica fue una rama o sub-disciplina de la filología durante muchos siglos.

2.- En este apartado utilizaremos las palabras *sujeto, persona y actor social* de forma indistinta, teniendo predilección por la contracción “*sujeto-actor social*”. Somos plenamente conscientes de sus acentos diferentes. Por un lado, la idea de *sujeto* hace hincapié en que un hombre o mujer, o un grupo, o una comunidad, o un colectivo social, está enraizado, condicionado, atado, sujetado a un concierto de condicionantes de índole diversa. En cambio, la palabra “*actor social*” pone el acento en el rol o papel que una persona (o grupo, o comunidad) puede, o debe, o quiere jugar en un determinado escenario social. Por su parte, la idea de “*persona*” remite, al igual que la idea de *actor social*, al ámbito teatral y pone de relieve la figura del personaje y de las máscaras que son típicas del teatro. Estos dos últimos términos (el de *persona* y *actor social*) destacan o ponen el énfasis en el uso de máscaras o caretas para poder actuar y/o relacionarse, como así también en el protagonismo y responsabilidad de cada actor sobre su tipo o modo de actuación en un escenario concreto. Como creemos con firmeza que un individuo, grupo, o comunidad son al mismo tiempo, sujetos y actores sociales (o personas), es por esta razón que los utilizaremos indiferentemente, usando incluso la expresión *sujeto-actor* o *sujeto-actor social*.

La hermenéutica, como auxiliar de la filología, se utilizaba para buscar (y encontrar) la autenticidad y veracidad de las múltiples versiones y traducciones de un texto o escrito, en particular de los libros de la biblia, de los escritos clásicos y de los textos jurídicos. Enrique Moralejo [2002] señala que el término hermenéutica aparece ya en Platón, siendo su función la interpretación de textos. Su definición, en aquella época, consistía en ser la técnica y el arte de interpretar los textos. Tanto para Moralejo como para Bauman, es en la modernidad cuando la hermenéutica comienza a tener un carácter más sistemático y unificado. Es en la modernidad cuando comienza a independizarse, poco a poco, del campo de la filología -como auxiliar de ésta- para convertirse en una filosofía de la ciencia válida para las ciencias humanas, las ciencias del espíritu, o ciencias histórico-sociales, o ciencias sociales.

Durante la modernidad, la hermenéutica experimentará un punto de inflexión que la transformará para siempre: el así denominado “giro copernicano en la ciencia”, llevado a cabo por Immanuel Kant, el cual dará lugar al surgimiento del “idealismo” (en franca contraposición al “realismo”). Dicho giro se trata del posicionamiento epistemológico respecto a la relación sujeto-objeto en la ciencia. Kant sostiene que lo determinante en la producción de conocimiento no es el objeto sino el sujeto. Ello quiere decir, ante todo, que el sujeto cognoscente no es un mero espejo en el que se refleja el objeto (tal como lo pensaba el naturalismo y el positivismo), no es un sujeto cognoscente pasivo, sino totalmente protagonista en la producción de conocimiento científico, es decir, significa que el investigador o científico construye su propio objeto de investigación, le da una forma y no otra. De este modo, la pretensión del realismo y de la epistemología positivista de lograr un conocimiento objetivo y neutral, no es posible para la hermenéutica. Kant invierte los términos de la ecuación sujeto-objeto, al igual que lo hizo Copérnico con el sol y la tierra, durante el Renacimiento. Antes de Kant, el realismo (ya sea en su versión racionalista [cuyo exponente fue Descartes], o empirista [cuyo referente fue Hume]) sostenía que lo determinante en la producción de conocimiento científico es el objeto y no el sujeto. De ahí que, tanto para el realismo como para el positivismo sea posible la objetividad y la neutralidad en la ciencia [Bauman, 2002].

La hermenéutica, retomando las ideas de Kant, sostendrá que el principio de objetividad y neutralidad no son posibles, no al menos para el mundo de las ciencias del espíritu (tal como las llamaba Dilthey, uno de los representantes más relevantes de la hermenéutica del siglo XIX); debido, entre otras cosas, a que todo conocimiento en estas ciencias suponían una interpretación y construcción de sentido

por parte del investigador. De esta manera, desde la hermenéutica no se habla de objetividad, porque no es posible la separación entre sujeto cognoscente y objeto de estudio. Tampoco es posible sostener la neutralidad de las ciencias, debido a que es sabido que los científicos responden a distintos intereses, los cuales influyen (ya sea de forma directa o indirecta) en la producción de conocimiento.

La visión kantiana del sujeto cognoscente terminará haciendo que la hermenéutica deje de producir significado o sentido solamente en el texto –esto es, en las diferentes realidades a estudiar-, y considere también a su autor (o autores). De este modo, la obra textual ya no es tan sólo la expresión de una realidad objetiva (el espíritu de una época, cultura, sociedad, nación), sino también una manifestación de la subjetividad de su creador. De esta manera, nace la herramienta teórica de recuperar la experiencia del autor, sin caer en un análisis inmanente o endógeno del texto.

En estrecha articulación con el párrafo precedente, la hermenéutica no sólo fue influida por el idealismo kantiano y por el romanticismo; sino también por la corriente del historicismo. En claro contraste con el positivismo decimonónico, la hermenéutica no sólo empezó a recuperar y valorizar la experiencia del creador del texto o de la obra de arte, sino que también siempre valorizó la perspectiva histórica como herramienta esencial para la comprensión de los textos u obras de arte, y por extensión, de la realidad. Al respecto, Anthony Giddens dice lo siguiente: “Una de las principales diferencias del positivismo y la tradición hermenéutica, ha sido precisamente el continuo compromiso de la última con la historia. Para los autores hermenéuticos, la historia no como transcurso del tiempo, sino como su capacidad de llegar a ser conscientes de su propio pasado y de incorporar esa consciencia como parte de lo que es la historia, ha estado siempre en el centro de las ciencias sociales” [Giddens, 1982: pág. 6]. En contrapartida, el positivismo, al pretender instalar el método de las ciencias naturales en las ciencias sociales, exigía que los fenómenos sociales debían abstraerse de la realidad, a tal punto de ser atemporales y a-históricos, para posteriormente poder estudiarlos objetiva y neutralmente. Dicha abstracción implicaba desconocer o ignorar los elementos históricos y contextuales que hacen posible (entre otras raíces y causalidades) el surgimiento de la realidad que se desea estudiar; como así también, la recuperación de la experiencia subjetiva, tanto del creador como del investigador o científico.

Otro instrumento teórico para la comprensión y construcción de significado es la noción del círculo hermenéutico (cuya creación se le atribuye a Friedrich Ast [1778-1841]). Esta herramienta, según Bauman [2002], no constituye un método de estudio, sino que intenta expresar la lógica ge-

nuina de la comprensión en sí (incluyendo, por supuesto, la interpretación). Dicho círculo expresa que la comprensión consiste en marchar de lo singular (o local) a lo general (o total, a lo abstracto), para posteriormente regresar a lo particular, y así sucesivamente. Este ir y venir de lo singular a lo global (y viceversa) nos permitirá ir teniendo una comprensión cada vez más clara de los textos (o realidades) a estudiar. Este movimiento circular de la comprensión hermenéutica va tejiendo lo que se denomina la espiral hermenéutica. Dicha espiral sugiere que el camino de la comprensión nunca se acaba, que no hay un final en la comprensión de un texto o realidad; y que vamos recorriendo círculos cada vez más grandes o amplios, lo que supone una mayor comprensión. “La comprensión significa proceder por círculos; más bien que un progreso unilineal hacia el mejor y menos vulnerable conocimiento, consiste en una interminable recapitulación y una nueva valoración de las memorias colectivas -siempre más voluminosas- pero siempre selectivas. Es difícil advertir de qué manera cualesquiera de las sucesivas recapitulaciones puede pretender ser la final y concluyente; sin embargo, mucho más dificultoso sería establecer esta pretensión.” [Bauman, 2002: pág. 16]

Para finalizar con este apartado, no queremos dejar de mencionar que existen diferentes formas o tipos de hermenéutica. Al respecto, Bauman [2002] identifica aquellas que fueron desarrolladas al interior de las ciencias sociales, a saber: la hermenéutica histórica, o la comprensión como actividad de la historia (cuyos exponentes principales en las ciencias sociales fueron Karl Marx, Karl Mannheim, y Max Weber); la hermenéutica trascendental, o la comprensión como actividad de la razón (cuyo exponente para la filosofía fue Edmund Husserl, y para la teoría social Talcott Parsons); la hermenéutica del mundo de la vida, o la comprensión como actividad del mundo vital (y su representante para la filosofía será Martín Heidegger, mientras que la corriente de la etnometodología y Alfred Schutz serán los representantes principales para las ciencias sociales). De estos tipos de hermenéutica, sin entrar en demasiados detalles (puesto que éste no es el momento oportuno para ello) y a fin de ser explícitos sobre nuestra postura epistemológica, nosotros realizamos la opción de una hermenéutica socio-histórico-fenomenológica, esto es, aquella que combina, desde el ángulo de la teoría social, la comprensión histórica y el estudio de los fenómenos y del mundo

de la vida (lo que supone considerar, entre otras cosas, la perspectiva del sujeto-actor social [o del autor del texto], la relación pretexto-texto, el análisis de las formas o modos en los que experimentamos la realidad y la vida) para producir significados. Dicha clase de hermenéutica nos facilita la captación y construcción de sentidos a partir de la consideración o toma en cuenta de: 1. la recuperación y comprensión de la subjetividad (lo que implica, entre otras cosas, recuperar la perspectiva del actor, el vínculo pretexto-texto), y del Lebenswelt (o mundo de la vida) de los destinatarios de la intervención social –comprensión fenomenológica-; 2. la relación texto-contexto, la cual nos da la posibilidad de identificar los condicionamientos socio-históricos de la situación social (la cuestión social y sus manifestaciones en la vida de los destinatarios, por ejemplo), como así también las posibilidades y fortalezas de la misma (instituciones, políticas sociales, Organizaciones de la Sociedad Civil que garanticen DDHH y contribuyan al bienestar social, por ejemplo) -meditación histórica o socio-histórica-; 3. la relación pretexto-texto, a través del ejercicio teórico de la reflexividad [Guber, 2011] de parte del propio profesional, (registrando por ejemplo, lo subjetivo [lo emocional, por ejemplo], lo socio-político, tradiciones científicas, actitudes y miradas etnocéntricas, etcétera) –reflexión fenomenológica-; y 4. la recuperación del proceso de socialización tanto de los destinatarios de la intervención social como de la situación social (combinación de la comprensión histórica y fenomenológica).

LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LO SOCIAL

Luego de dar a conocer ciertos puntos de nuestra corriente epistemológica, consideramos que es el momento oportuno para explicitar cuál es, según nosotros, la especificidad del TS para las sociedades actuales en general, y de sus funciones en el campo del trasplante de órganos en particular. Para realizar esta tarea, primero es necesario ensayar y arriesgar una definición de lo social, en la medida que ella condiciona directamente nuestra definición sobre la especificidad. Cabe agregar que existen diferentes conceptualizaciones de lo social y que no hay un consenso pleno dentro de las ciencias sociales. Tampoco creemos que deba haberlo, ya que la diversidad de enfoques enriquece este continente científico. Aquí no deja de ser atinado el comentario de Karsz sobre ello: “A un buen profesor de sociología puedes pedirle mil

3.- *La cuestión social es aquella relación conflictiva y contradictoria entre capital y trabajo, la cual adquiere diferentes formas según las coordenadas de tiempo y espacio, poseyendo una naturaleza histórico-social [Cf. Pereira, 2004].*

4.- *Y desde un punto de vista ético-político, la diversidad de perspectivas en ciencias sociales favorece la cultura democrática y el respeto al que piensa diferente, dentro de su propio terreno. Los discursos de ciertos cientistas sociales no siempre son diversos, democráticos, y respetuosos del Otro, si bien estos mismos investigadores así se presentan frente a los demás.*

cosas, ¡Pero si eres bien educado no le preguntas qué quiere decir social!” [Karsz, 2006: p 13]. De todos modos, deseamos brindar-nos una definición de esta dimensión de la realidad desde una perspectiva hermenéutica.

Así pues, consideramos que lo social es aquel producto emergente de la combinación o hibridación del *universo material y objetivo de la realidad* (lo económico, lo histórico-estructural, lo institucional e instituido, el poder, lo legal, lo estatal, lo público, lo relacional no sólo lo vincular, lo local, la vida cotidiana, lo biológico, el espacio geográfico, el hábitat o ambiente, etcétera), y el *cosmos⁵ simbólico-espiritual⁶ y subjetivo de esa misma realidad* (lo socio-político, el mundo vital de los sujeto-actores, las distintas racionalidades [no meramente las lógicas y sistemáticas tales como las ciencias y las filosofías, sino también las artísticas, las poéticas, mitológicas, religiosas, mágicas, incluso la locura o racionalidades locas], lo emocional, lo cultural, lo religioso, el lenguaje, lo ético, lo estético, lo psíquico, las concepciones y filosofías de vida, lo gestual, lo experiencial y vivencial, etcétera). Así pues y desde nuestra perspectiva, lo social es el fruto que nace del proceso de hibridación entre el mundo objetivo-material y el mundo subjetivo-simbólico de la realidad. Hibridación que es posible gracias a las relaciones e interacciones humanas [Kisnerman, 1998]. Asimismo, lo social no sólo es el producto de la hibridación, sino también el mismo proceso de hibridación o mezcla de ambos universos. Lo social se produce y reproduce a sí mismo, se retroalimenta. Por esta naturaleza híbrida [Karsz, 2006], por ser el resultado de una mezcla y el proceso de mezcla en sí, lo social es producto justamente de todas las dimensiones de la realidad. De ahí que tenga un carácter transdisciplinario [Karsz, 2006], es decir, que atraviese y esté presente en la mayoría de las esferas de la realidad⁷. En este orden de ideas, esta definición de lo social permite y facilita combinar lo estructural y lo fenomenológico, como así también, lo micro-real y lo macro-real, lo global (o general) con lo local (y singular).

A su vez, esta definición sugiere tres características más de la dimensión de lo social, a saber, su naturaleza relacional e interaccional, su origen estrictamente humano, y su carácter dialéctico. En efecto, lo social tiene un carácter eminente

temente relacional porque lo simbólico y subjetivo nace de las relaciones entre seres humanos⁸, relaciones que a su vez están condicionadas por el cosmos material y objetivo. A modo de ejemplo, el lenguaje es posible gracias a que el ser humano se relaciona e interactúa no sólo con otros seres humanos, sino también con su mundo objetivo; universo que condiciona a su vez, dichas relaciones humanas, y por ende, el lenguaje (es decir, lo simbólico-subjetivo). Por su parte, el mundo objetivo y material no tendría ningún significado o sentido sin el universo simbólico-espiritual, el cual es posible gracias a la interacción humana (interacción que, insistimos, implica lo objetivo-material). De aquí deducimos el carácter dialéctico de lo social. Al mismo tiempo, lo social se caracteriza por ser relacional, puesto que (como antes aseveramos) el proceso de hibridación es posible gracias a la interacción humana, a la relación humana. En este sentido, podría decirse que lo social es una creación o producto de lo relacional. Pero como enseguida veremos, lo relacional es condición necesaria pero no suficiente para que emerja lo social.

Es necesario, además, el factor humano. En efecto, lo social también es un producto estrictamente humano porque, si bien los animales se relacionan de algún modo (un cardumen, una bandada, balbuceos y cantos de pájaros, por ejemplo) es el ser humano el único que produce sentido y significado a partir de esas relaciones humanas, vale decir, el cosmos subjetivo y simbólico-espiritual. No hay significado (ni comprensión, ni interpretación) fuera del mundo de los seres humanos. El único animal simbólico es el ser humano [Cassirer, 1968]. Así, lo social es, parafraseando a Nietzsche, algo “humano, demasiado humano”, es una vivencia y una experiencia exclusivamente humana. De esta manera, podemos concluir que lo social es un producto de las relaciones humanas.

De esta manera y, en conclusión, llegamos a nuestra definición del principio, a saber: lo social es aquel fruto, producto o emergente del proceso de hibridación entre el cosmos objetivo-material y el universo simbólico-espiritual y subjetivo. En este sentido, la dimensión de lo social se caracteriza por ser híbrida; transdisciplinaria; relacional o interaccional; estrictamente humana; dialéctica; presente tanto en lo global,

5.- Utilizaremos los términos universo, mundo, y cosmos de forma indistinta. Por su parte, al hablar de lo político, lo económico, lo social, lo cultural, lo histórico, lo psíquico, etcétera, usaremos las palabras esferas, dimensiones y ámbitos como sinónimos. Sabemos, por lo demás, que éstas son distinciones arbitrarias, pero lo hacemos con el único fin de ser claros y evitar confusiones.

6.- Aquí no debe confundirse, ni asociarse, ni reducirse las nociones de espiritualidad y de espíritu a lo religioso y a lo sagrado. En un sentido hermenéutico, el espíritu es aquella capacidad exclusiva de la humanidad, de producir símbolos, significados, sentidos, cultura. Es nuestra capacidad de pensar, de percibir, conocer, comunicar, de tomar conciencia de la realidad, de relacionarnos.

7.- Cabe aclarar que Karsz, cuando se refiere a la naturaleza transdisciplinaria de lo social, hace referencia al anudamiento entre ideología e inconsciente. En este escrito, si bien compartimos y recuperamos de Karsz el carácter transdisciplinario de lo social, lo definimos de otra forma.

8.- Con esta afirmación tampoco pretendemos decir que la realidad simbólico-espiritual y subjetiva nazca o tenga como única raíz la interacción humana. No es nuestra intención llevar a cabo un reduccionismo de una realidad tan compleja como lo simbólico y subjetivo. En efecto, la misma es fruto de una multiplicidad de causas. Aquí, nosotros identificamos y visibilizamos, simplemente, una de ellas, a saber: las relaciones humanas.

coyuntural y general (lo que podría denominarse macro-realidad), como en la vida cotidiana, en lo local, en el fuero interno de cada individuo y grupo, y en el mundo vital (la micro-realidad); y por todo ello, lo social es también multicausal, complejo, y conflictivo.

En este orden de ideas, el TS no se ocupa de todo el espectro de lo social, pues eso sería imposible; sino que más bien trabaja un fragmento específico de lo social, a saber: los problemas sociales en general (y en relación a ellos, las potencias sociales, las fortalezas o capacidades sociales). Así, la especificidad del TS es ocuparse, abordar, actuar, trabajar, intervenir en los problemas sociales de los sujetos a fin de construir con ellos, distintas respuestas (sean éstas paliativas o resolutivas).

Se objetará que hay otras profesiones y oficios que también hacen intervención social, esto es, que *intervienen en los problemas sociales*. A ello respondemos, en primer lugar, que hay muchas profesiones y oficios (entre ellas, el TS) que, igualmente, *curan*, que *intervienen en los cuerpos*, que realizan *intervenciones en el psiquismo*, que *educan*, que realizan *investigación social*, que llevan a cabo *estudios epidemiológicos*. Al menos en las sociedades actuales, es muy difícil que una profesión tenga el monopolio absoluto de un campo laboral singular. El monopolio de un mercado laboral concreto es, la inmensa mayoría de las veces, frágil (o bien, parafraseando a Zygmunt Bauman [2002], *líquido*). Y ello se debe, al menos en nuestras sociedades actuales, al grado de desarrollo, profundización y ampliación que cada profesión va generando para sí misma. Es más, el carácter transdisciplinario e híbrido de lo social en general y de los problemas sociales en particular genera que el TS amplíe sus horizontes laborales, estando en diferentes áreas de trabajo (vivienda, hábitat, salud, educación, seguridad, desarrollo social, niñez, familia, en movimientos sociales, organizaciones de la sociedad civil, salud mental, cárceles, planificación social, economía social, bibliotecas, centros culturales, y un largo etcétera).

Así como lo social (y por extensión, los problemas sociales) tienen una naturaleza híbrida y transdisciplinaria, el TS también debe tener una formación transdisciplinaria, híbrida, y generalista, a fin de poder percibir esa hibridez, esa transdisciplinaria, a fin de contemplar los problemas sociales desde una perspectiva compleja y multicausal. En lo social se mezcla y combina lo político con lo psicológico, lo psicológico con lo cultural, esto último con lo sociológico, con lo histórico, con lo simbólico, con lo ético, con lo subjetivo, con lo económico, y así sucesivamente. De esta manera, porque lo social tiene una naturaleza híbrida y transdisciplinaria, la intervención en lo social también se describirá por lo mismo. De este modo, la óptica del TS y la intervención social (en adelante, IS) consiste, específicamente, en identificar

y/o percibir los aspectos o elementos sociales (en particular, fortalezas sociales y problemas sociales) en los diferentes campos de la realidad. He aquí la mirada específica del TS: percibir la dimensión social de la realidad en general, y los problemas y potencialidades sociales que emergen de esa realidad en particular.

Dicha óptica supone, a su vez y a su debido tiempo, no sólo considerar lo específicamente social en una determinada situación singular, sino también lo cultural, lo subjetivo, lo ético, lo sanitario, lo psíquico, lo habitacional, lo ambiental, lo vincular o relacional, lo ideológico, lo educativo, lo identitario, lo económico, lo laboral. Y ello porque lo social (y los problemas y fortalezas sociales) es *híbrido y transdisciplinario*, es decir, es *multicausal y complejo*. Y ello a fin de identificar los posibles orígenes de determinado problema social. De este modo, pues, se cierra el círculo socio-comprensivo del TS: de una situación singular de los sujeto-actores sociales (sean éstos individuales, grupales, comunitarios, colectivos) identifica los aspectos sociales (en particular, sus problemas sociales como así también las potencias sociales), pero también necesita considerar otras esferas de la realidad (subjetividad, cultura, economía, política o ideología, las leyes, las gestiones de gobierno, las políticas de estado, la misma sociabilidad, las experiencias, creencias, lenguaje, etcétera), a fin de poder identificar las causas y/o raíces de los mencionados problemas de modo complejo y multicausal.

De ahí que, para el TS, no haya problemas solamente económicos, sino también socio-económicos; no sólo problemas subjetivos, sino socio-subjetivos; no sólo problemáticas educativas, sino socio-educativas; no sólo problemas culturales, sino también socio-culturales; no sólo problemáticas comunitarias, sino socio-comunitarias; no sólo problemas de salud, sino socio-sanitarios; y así sucesivamente.

REFLEXIONES FINALES

Hasta aquí las contribuciones para la configuración de una clínica social en TS, la cual responde y es una expresión de una concepción epistemológico-metodológica concreta. En este sentido, dicha clínica no pretende de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia, individualizar la cuestión social. Esto es, percibir los problemas sociales como problemas individuales, haciendo responsable *únicamente* al individuo. De lo que se trata en esta aplicación, es de percibir y comprender cómo el proceso social (no sólo como estructura, sino también como mundo vital, como subjetividad, como cultura) se encarna en un sujeto-actor social concreto, cómo lo social (tanto lo micro como lo macro social) se materializa, expresa, manifiesta, se singulariza, en dicho sujeto-actor. Y todo ello, a fin de construir respuestas a sus problemas sociales. Asimismo, el ejercicio de esta clínica no impide en abso-

luto, la posibilidad de trabajar a nivel grupal y comunitario. Más bien, estos niveles de IS se retroalimentan y son complementarios entre sí.

Tal como puede percibirse en la presentación descripta del ejemplo situado en el ámbito del trasplante⁹, la aplicación de la clínica social es sumamente útil y central, en la medida que permite identificar diferentes problemas y fortalezas sociales del proceso de salud de una persona. De hecho, su aporte no se queda en dicha visibilización, sino que también sugiere, ofrece y construye respuestas concretas (sean éstas paliativas o resolutorias), adecuadas a su vida cotidiana y a su universo de sentido (por ejemplo, trabajando su problema socio-subjetivo y simbólico con su equipo local de salud [psicólogo, trabajador social, por ejemplo]). Asimismo, la clínica social facilita la articulación con otros sujeto-actores sociales; da lugar al asesoramiento y gestión en políticas sociales, DDHH en general, y derechos sociales en particular; permite ejercitar la promoción, prevención y cuidados de salud; poner en práctica la educación sociocultural; generar diagnósticos sociales; y habilitar la producción del informe social.

Por último, recomendamos al lector la segunda parte de este ensayo, ya que allí encontrará el sustento práctico de la clínica social. Finalmente, creemos plausible y pertinente que la clínica social pueda ponerse en práctica en otros ámbitos de nuestra profesión. Es por ello que invitamos a los Trabajadores Sociales, a que puedan concretarla y ejercerla.

BIBLIOGRAFÍA

- Chuard, F.J; Monti J.M. - Presentación de un ejemplo situado de la clínica social, aplicada al ámbito del trasplante. Esbozos para una Clínica Social en Trasplante. 2021; III: 50-58. Revista Argentina de Trasplante.
- Bauman Zygmunt. "La hermenéutica y las ciencias sociales". Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 2002.
- Bauman Zygmunt. "Modernidad líquida". "Prólogo: Acerca de lo leve y lo líquido". Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2002.
- Beck Ulrich; Beck-Gernsheim Elisabeth. "La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas". Ediciones Paidós. Buenos Aires. 2003.
- Cassirer Ernst. "Antropología filosófica. Introducción a una filosofía de la cultura". Capítulo II: "Una clave de la naturaleza del hombre: el símbolo". Editorial FCE. México. 1968.
- Giddens Anthony. Profiles and critiques in social theory. Capítulo I: "Hermenéutica y Teoría Social". University of California Press. 1982. Traducción de José Fernando García – Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

- Guber Rosana. "La etnografía: método, campo y reflexividad". Capítulo 2: "El trabajo de campo: un marco reflexivo para la interpretación de las técnicas". Editorial Siglo XXI. Buenos Aires. 2011.
- Karsz Saül. "La clínica transdisciplinaria, más allá y más acá de la supervisión". Conferencia y espacio de trabajo realizado el martes 11 de junio de 2019. Facultad de Trabajo Social. UNER. 2019.
- Karsz, Saül. "Pero ¿qué es el trabajo social?". En: La investigación en Trabajo Social. Volumen V, páginas: 9-28, Publicaciones post Jornadas. Facultad de Trabajo Social- UNER. Paraná. 2006.
- Kisnerman Natalio. "Pensar el trabajo social. Una introducción desde el construccionismo". Editorial Lumen-Humanitas. Buenos Aires. 1998.
- Moralejo Enrique. "La problemática de las humanidades y la hermenéutica". En: Esther Díaz (Editora). "La posciencia. El conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad". Editorial Biblos. Buenos Aires. 2002.
- Pereira Potyara. "Perspectivas teóricas sobre la cuestión social y el Servicio Social". Revista Temporalis N° 7 - Año IV. Publicación de ABEPSS. Brasil. 2004.
- Ricoeur Paul. "La hermenéutica y el método de las ciencias sociales". En: Cuadernos de filosofía latinoamericana. Vol. 34, número 109, páginas 57-70. Ediciones USTA. Julio-Diciembre de 2013. Santafé de Bogotá. Publicado originalmente en "Theorie du droit et sciences". Editorial Amselek, París. 1991. Traducido al español por Jorge Enrique González - Doctor en Letras y Ciencias Humanas de la Université de Paris X, de Paris-Nanterre, magíster en Filosofía Latinoamérica de la Universidad Santo Tomás de Bogotá y especialista en Sociología de la Cultura de la Universidad de Provence de Francia.
- Rozas Pagaza Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Editorial Espacio. Buenos Aires. 1998.

5.- Chuard, FJ; Monti J.M. - Presentación de un ejemplo situado de la clínica social, aplicada al ámbito del trasplante. Esbozos para una Clínica Social en Trasplante. 2021; III: 50-58. Revista Argentina de Trasplante.

Resolución 400/23 . Costos relativos al financiamiento del PROGRAMA DE ABLACIÓN HEPÁTICA REGIONAL aprobado por Resolución INCUCAI N° 130/2020

Número: RESFC-2023-212-APN-D#INCUCAI

Referencia: EX-2022-16595362-APN-INCUCAI#MS - Actualización de valores financiados por el FSTX

Ciudad de Buenos Aires, viernes 14 de Julio de 2023

VISTO el EX-2022-16595362-APN-INCUCAI#MS, las Leyes Nros. 27.447 de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, y 25.392 de Creación del Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH), los Decretos Nros. 16/2019 y 267/2003, y la Resolución INCUCAI N° 30/2023; y

CONSIDERANDO

Que a través de la Resolución N° 30/2023, el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDONADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE (INCUCAI) actualizó los valores que transfiere a las jurisdicciones, en el marco de las políticas y programas y políticas financiados con recursos del Organismo que integran el FONDO SOLIDARIO DE TRASPLANTES, previsto en los artículos 62 y 63 de la Ley N° 27.447.

Que, en tal sentido, la norma contempla los costos relativos al financiamiento del PROGRAMA DE ABLACIÓN HEPÁTICA REGIONAL (Resolución INCUCAI N° 130/2020); del PROGRAMA DE SUSTENTABILIDAD DE SERVICIOS DE TRASPLANTE EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS (Resoluciones INCUCAI Nros. 177 y 325 de 2021); y de los trasplantes autólogos, alogénicos relacionados y haploidénticos de CPH, en pacientes que así lo requieran y cuenten con cobertura pública exclusiva (Resolución INCUCAI N° 101/2020 y modificatorias).

Que la UNIDAD DE COORDINACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES del INCUCAI, el REGISTRO NACIONAL DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (CPH) y la DIRECCIÓN MÉDICA, han efectuado una propuesta de actualización de los referidos costos, a fin de sostener y cumplir con los objetivos expresados en cada uno de los programas vigentes.

Que, en la referida propuesta, las áreas citadas analizaron las estructuras de gastos para cada prestación, identificando cada una de las variables incluidas, destacando que en el caso del PROGRAMA DE SUSTENTABILIDAD DE SERVICIOS DE TRASPLANTE EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS por tratarse de instituciones públicas sólo se tuvieron en cuenta sólo los gastos variables, ya que las mismas disponen de un presupuesto asignado para su normal funcionamiento.

Que, asimismo, la actualización efectuada se realizó aplicando un índice compuesto que tiene como base de cálculo indicadores de fuentes públicas, a saber, el tipo de cambio mayorista, el relevamiento de expectativas de mercado (REM) informado por el Banco Central de la República Argentina (BCRA), el índice de precios al consumidor (IPC) - nivel general y de productos medicinales, artefactos y equipos para la salud-, y el índice de precios internos al por mayor (IPIM) informado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Que las DIRECCIONES MÉDICA; DE ADMINISTRACIÓN; DEL REGISTRO NACIONAL DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS (CPH); DE ASUNTOS JURÍDICOS y la UNIDAD DE COORDINACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES, han tomado intervención en el ámbito de sus respectivas incumbencias.

Que se actúa en uso de las facultades conferidas por el artículo 57, 59 inciso c) de la Ley N° 27.447 y artículo 3 del Decreto N° 16/2019.

Que la medida que se adopta se trató en reunión de Directorio de fecha 14 de Julio de 2023, conforme surge el texto del Acta N° 21.

Por ello,
EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Apruébense los costos relativos al financiamiento del "PROGRAMA DE ABLACIÓN HEPÁTICA REGIONAL" aprobado por Resolución INCUCAI N° 130/2020, de conformidad a lo establecido en el ANEXO I (IF-2023-80501034-APN-DM#INCUCAI), que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- Apruébense los valores a transferir a las jurisdicciones para la "COFINANCIACIÓN DE LOS TRASPLANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (CPH)", de conformidad a lo contemplado en el ANEXO II (IF-2023-80528166- APN-DRN-DCPH#INCUCAI) de la presente norma y que integra la misma.

ARTÍCULO 3°.- Apruébense los montos correspondientes a los módulos establecidos en el PROGRAMA DE SUSTENTABILIDAD DE SERVICIOS DE TRASPLAN-

TE EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS", aprobado por Resoluciones INCUCAI Nros. 177 y 325 de 2021, descriptos en el ANEXO III (IF-2023-80903884-APN-INCUCAI#MS) que forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO 4°.- La asistencia financiera prevista en la presente resolución, se encontrará sujeta a la disponibilidad presupuestaria correspondiente a los recursos del FONDO SOLIDARIO DE TRASPLANTES asignados a este Organismo Nacional.

ARTÍCULO 5°.- Deróguese la Resolución INCUCAI N° 30/2023.

ARTÍCULO 6°.- Las disposiciones establecidas en la presente resolución entrarán en vigencia a partir del 1° de julio del año en curso.

ARTÍCULO 7°.- Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese.

Richard Malan - Vicepresidente
Carlos Soratti - Presidente
Directorio Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

Anexo I Res 130/2023

PROGRAMA DE ABLACIÓN HEPÁTICA REGIONAL

A los fines de garantizar la sustentabilidad del PROGRAMA, el INCUCAI asumirá -conforme a la disponibilidad presupuestaria existente- los siguientes costos:

A. CIRUGÍA DE ABLACIÓN	\$ 160.000.-
B. INSPECCIÓN DEL ÓRGANO IN SITU SIN ABLACIÓN	\$ 30.000.-

Gabriela Hidalgo
Directora
Dirección Médica
Instituto Nacional Central Único Coordinador
de Ablación e Implante.

Anexo II

COFINANCIACIÓN DE TRASPLANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (CPH)

Resolución INCUCAI N° 101/2020

TRASPLANTES DE CPH	MÓDULO A CARGO DEL INCUCAI
a. AUTÓLOGO (Incluye criopreservación)	\$ 3.480.000
b. ALOGÉNICO RELACIONADO	\$ 4.495.000
c. HAPLOIDÉNTICO	\$ 4.930.000
d. ALOGÉNICO NO RELACIONADO	\$ 5.075.000

La cofinanciación prevista en la Resolución INCUCAI N° 101/2020, tendrá lugar cuando el trasplante se realice a pacientes con cobertura pública exclusiva en establecimientos privados. Cuando la práctica se realice en centros públicos se transferirá el valor del módulo correspondiente, aprobado en el marco del PROGRAMA DE SUSTENTABILIDAD DE SERVICIOS DE TRASPLANTE EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

Laura Aguerre
Asesora Técnica
Dirección del Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas
Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

Anexo III

PROGRAMA DE SUSTENTABILIDAD DE SERVICIOS DE TRASPLANTE EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

Resoluciones INCUCAI Nros. 177 y 325/2021

Módulos para la financiación de los costos variables de las prácticas efectuadas en establecimientos sanitarios públicos, a pacientes con cobertura pública exclusiva

1.- PRE-TRASPLANTE RENAL	\$ 205.000.-
a. Estudios pre-trasplante renal de ingreso a Lista de Espera	\$ 155.000.-
b. Estudios de HLA	\$ 50.000.-

Requerimientos para la transferencia paciente APTO para el trasplante:

- Nota de solicitud de pago del módulo firmada por la autoridad hospitalaria.
- Constancia de inscripción en lista de espera (C28) o Constancia de situación actual en Lista de Espera si se trasplantó (C34) firmada por el equipo de trasplante.

Requerimientos para la transferencia paciente NO APTO para el trasplante:

- Nota de solicitud de pago del módulo firmada por la autoridad hospitalaria
- Constancia de evaluación pre-trasplante (C22) firmada por el equipo de trasplante.
- Se abonará únicamente el ítem "a" del módulo 1.

2.- PRE-TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO RELACIONADO	\$ 390.000.-
a. Estudios pre-trasplante renal del receptor	\$ 155.000.-
b. Estudios de HLA del donante	\$ 50.000.-
c. Estudios pre-trasplante renal del donante	\$ 135.000.-
d. Estudios de HLA del receptor	\$ 50.000.-

3.- PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO	\$ 560.000.-
---	---------------------

Requerimientos para la transferencia:

- Nota de solicitud de pago del módulo firmada por la autoridad hospitalaria
- Constancia de inscripción en lista de espera (C28) o Constancia de situación actual en Lista de Espera si se trasplantó (C34) firmada por el equipo de trasplante
- Constancia de evaluación pre-trasplante del donante (C40) firmada por el equipo de trasplante.

4.- PRE-TRASPLANTE RENOPÁNCREAS	\$ 370.000.-
a. Estudios pre-trasplante renopancreático de ingreso a Lista de Espera	\$ 320.000.-
b. Estudios de HLA	\$ 50.000.-
5.- PRE-TRASPLANTE CARDÍACO	\$ 370.000.-
a. Estudios pre-trasplante cardíaco de ingreso a Lista de Espera	\$ 320.000.-
b. Estudios de HLA	\$ 50.000.-
6.- PRE-TRASPLANTE PULMONAR	\$ 320.000.-
7.- PRE-TRASPLANTE CARDIOPULMONAR	\$ 385.000.-
8.- PRE-TRASPLANTE HEPATOINTESTINAL	\$ 430.000.-
9.- PRE-TRASPLANTE HEPATORENAL	\$ 335.000.-
10.- PRE-TRASPLANTE PANCREÁTICO	\$ 320.000.-
11.- PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO	\$ 320.000.-
12.- PRE-TRASPLANTE DE CÓRNEAS	\$ 50.000.-

13.- TRASPLANTE RENAL	\$ 1.320.000.-
14.- TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO	\$ 4.280.000.-
15.- TRASPLANTE HEPÁTICO	\$ 4.060.000.-
16.- TRASPLANTE CARDIORENAL	\$ 4.280.000.-
17.- TRASPLANTE HEPATORENAL	\$ 4.860.000.-
18.- TRASPLANTE CARDÍACO	\$ 3.845.000.-
19.- TRASPLANTE PULMONAR	\$ 3.250.000.-
20.- TRASPLANTE CARDIOPULMONAR	\$ 4.875.000.-
21.- TRASPLANTE PANCREÁTICO	\$ 3.265.000.-
22.- TRASPLANTE DE CÓRNEAS	\$250.000.-
23.- TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO	\$ 1.525.000.-
24.- TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE VIVO	\$ 4.875.000.-

Requerimientos para la transferencia:

- Nota de solicitud de pago del módulo firmada por la autoridad hospitalaria
- Constancia de inscripción en lista de espera (C28) o Constancia de situación actual en Lista de Espera si se trasplantó (C34) firmada por el equipo de trasplante
- Constancia de evaluación pre-trasplante del donante (C40) firmada por el equipo de trasplante.

Requerimientos para la transferencia paciente APTO para el trasplante:

- Nota de solicitud de pago del módulo firmada por la autoridad hospitalaria.
- Constancia de inscripción en lista de espera (C28) o Constancia de situación actual en Lista de Espera si se trasplantó (C34) firmada por el equipo de trasplante

Requerimientos para la transferencia paciente NO APTO para el trasplante:

- Nota de solicitud de pago del módulo
- Constancia de evaluación pre-trasplante (C22) firmada por el equipo de trasplante
- Para los módulos 4 y 5 se abonará únicamente el ítem "a".

Requerimientos para la transferencia:

- Nota de solicitud de pago del módulo, "nota de sustentabilidad" que acompaña la C51 en el SINTRA firmada por la autoridad hospitalaria.
- Certificado de implante (CIO) C51 fiscalizado por la jurisdicción correspondiente firmado por el equipo de trasplante.

25.- TRASPLANTES DE CPH	
a. AUTÓLOGO (Incluye criopreservación)	\$ 3.480.000.-
b. ALOGÉNICO RELACIONADO	\$ 4.495.000.-
c. HAPLOIDÉNTICO	\$ 4.930.000.-
d. ALOGÉNICO NO RELACIONADO	\$ 5.075.000.-

Requerimientos para la transferencia:

- Nota de solicitud de pago del módulo, "nota de sustentabilidad" SINTRA firmada por la autoridad hospitalaria.
- Informe de trasplante firmado por el equipo de trasplante.

Oscar Camel
Coordinador
Instituto Nacional Central Único Coordinador
de Ablación e Implante.

Reglamento de publicaciones

La REVISTA ARGENTINA DE TRASPLANTES es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Trasplantes. Se edita desde el año 2009, de forma cuatrimestral y está indexada en Latindex. La Revista publica artículos en español e inglés de medicina clínica o experimental relacionados a la procuración y trasplante, de órganos y tejidos en todas las especialidades.

La Revista publica en sus secciones: Artículos originales, revisiones, editoriales, comunicaciones breves, casuísticas, artículos especiales, cartas al editor, comentarios bibliográficos, guías de tratamiento, reuniones de consenso y notas técnicas, imágenes en trasplantología, educación médica continua y otros temas de interés.

Los artículos a publicar deberán ser originales o inéditos, aunque también podrán ser aceptados aquellos que hubieran sido comunicados en sociedades científicas o publicados como resúmenes, en cuyo caso corresponderá mencionarlo en sus indicaciones para la preparación de manuscritos, la revista se ha adecuando a los requerimientos definidos por la International Committee of Medical Journal Editor (iCmJe) en su versión más reciente (Ann intern med 1997; 126: 36-47) y a su actualización del diciembre de 2019 disponible en: <http://www.icmje.org>.

Proceso de revisión

La **Revista Argentina de Trasplantes** es una revista científica con arbitraje. Los artículos originales, artículos especiales, comunicaciones breves, casuísticas y otros que los editores consideren pertinentes, serán examinados por el Comité Editorial y por al menos dos revisores externos. La identidad de los revisores es confidencial. Luego de esa revisión, la Secretaría Editorial informará el dictamen (aceptación, aceptación con correcciones, no aceptación) al autor responsable del manuscrito.

La Dirección Editorial se reserva el derecho de rechazar manuscritos que por razones técnicas o científicas no se ajusten al reglamento, o en el caso que no posean el nivel de calidad mínimo exigible acorde con la publicación. El Comité Editorial se reserva el derecho de introducir, con conocimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gra-

maticales y las necesidades de compaginación, siempre que no afecten los conceptos o conclusiones del artículo.

Una vez aprobada la publicación del trabajo, la **Revista Argentina de Trasplantes** se reserva los derechos para su reproducción total o parcial, aceptando los autores de antemano esta condición al momento de enviar los trabajos. La reproducción total o parcial del material publicado en la revista estará permitida citando la fuente.

Para incluir material de otras fuentes con derechos de autor, se deberá obtener el correspondiente permiso, y adjuntar copia del mismo al artículo propuesto para publicación.

La responsabilidad de las opiniones vertidas en los trabajos será exclusivamente de los autores y éstas no reflejarán necesariamente el pensamiento del Comité Editorial o de la **Sociedad Argentina de Trasplantes**.

Presentación de manuscritos

a. Instrucciones generales

Los manuscritos deberán enviarse por correo electrónico a la Secretaría Editorial de la revista: editorial@sat.org.ar indicando en el asunto "Solicitud de publicación".

En el cuerpo del mensaje se indicará el nombre del autor principal con los siguientes datos de contacto: nombre y apellido completos, institución de trabajo, teléfono, y correo electrónico. El autor principal es el responsable por el contenido vertido en el artículo y por todos los autores que figuran en el mismo.

En la primera página del manuscrito se consignarán los siguientes datos:

- Título del trabajo (informativo y conciso, máximo 100 caracteres para el título, incluyendo espacios);
- Título corto o abreviado (no más de 8 palabras o no más 40 caracteres, incluyendo espacios);
- Nombre completo de los autores;
- Unidades o instituciones donde se desempeñan (consignando ciudad y país);
- Sección propuesta a la que corresponde el artículo;
- Los autores deberán consignar si existe o no conflicto de interés.

Para los distintos tipos de artículos se utilizará, preferentemente, el idioma castellano. En su defecto, se podrá usar el inglés con un resumen en castellano.

Los trabajos se presentarán en formato editables (.doc, .docx, rtf, .txt o .pdf), dispuesto en una hoja medida A4 (210 x 279 mm), con márgenes de al menos 25 mm y no más de 30 mm, en tipografía Arial o Times (o similares), cuerpo 12p. interlineado normal. Las páginas deberán estar numeradas de forma consecutiva, comenzando por la que lleva el título.

Resumen

Cada manuscrito se enviará con un resumen, evitando la mención de tablas y figuras. El resumen es independiente del texto del artículo y deberá ser escrito en castellano y en inglés, incluyendo 4 palabras clave, en ambos idiomas.

Unidades de peso y medida

Se empleará el sistema métrico decimal. Las medidas hematológicas y de química clínica se podrán hacer en los términos del Sistema internacional de Unidades (Si) o no según sea de uso en su práctica de uso, utilizando puntos para los decimales.

Abreviaturas, siglas y símbolos

Sólo se emplearán abreviaturas estandarizadas. Se evitará su uso en el título y en el resumen. La primera vez que se use una abreviatura o sigla, deberá ser precedida por el término completo, a excepción de las unidades de medida estándar.

Bibliografía

Todas las referencias deberán ser verificadas por los autores sobre la base de los documentos originales, evitando en lo posible las citas representadas por comunicaciones o resúmenes.

Las referencias bibliográficas se numerarán consecutivamente, según el orden de aparición en el trabajo. Se incluirán todos los autores cuando sean 6 o menos. Si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et al. Los títulos de las revistas serán abreviados según el index medicus (www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/). En el texto, las referencias serán identificadas con números arábigos entre corchetes. En el listado de referencias, los artículos en revistas, libros, capítulos de libros y artículos en internet, se presentarán de acuerdo a los siguientes ejemplos.

Artículos en revistas

Pfeffer MA, Lamas GA, Vaughan De, Parisi AF, Braunwald E. Effect of captopril on progressive ventricular dilatation after anterior myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1988;319:(80-86).

Libros

Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison's principles of internal medicine.* vol I. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

Capítulos de libros

Philips DJ, Whisnant P. Hypertension and stroke. In Larragh JH, Brenner BM (eds). *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management.* Raven Press, Ltd, New York: 1995, p 465-78

Artículos de revistas en internet

Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. *An Pediatr* 2013;78(1):1-5 [Consulta 14 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312003815>

Tablas y figuras

Tablas y figuras se presentarán al final del manuscrito, una por página. **Las tablas** se presentarán numeradas con números romanos, según su orden de aparición en el texto. Deberán ser indispensables y comprensibles por sí mismas y poseer un título explicativo de su contenido. Las notas aclaratorias y las abreviaturas irán al pie de cada tabla. No deberán emplearse líneas verticales de separación entre columnas ni líneas horizontales, salvo tres: las que separan el título de la tabla, los encabezamientos del resto y las que indican la terminación de la tabla.

Las figuras (dibujos o fotografías) se presentarán numeradas con números romanos, según su orden de aparición en el texto. Deberán permitir una reproducción adecuada (escala 1:1 a 300DPI) y poseer un título explicativo de su contenido y una leyenda explicativa al pie (epígrafe).

Agradecimientos

Se redactarán precediendo a la bibliografía. Si cabe se citarán: reconocimiento por apoyo técnico, aportes financieros y contribuciones que no lleguen a justificar autoría. En estos casos, los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas.

b. Instrucciones particulares para la preparación de los manuscritos

Artículos Originales

Son trabajos de investigación con un diseño específico. Tendrán una extensión máxima de 7000 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 10 tablas y/o figuras. El manuscrito se dividirá en las siguientes secciones: resumen, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, y conclusiones.

El resumen estructurado, ubicado a continuación de la primera página, no deberá exceder las 250 palabras.

En la **introducción** se presentarán los objetivos del trabajo y se resumirán las bases para el estudio o la observación. No deberá incluir resultados o conclusiones del trabajo.

Materiales y métodos incluirá una descripción de la selección de los sujetos estudiados y sus características; los métodos, aparatos y procedimientos; (c) guías o normas éticas seguidas; (d) descripción de métodos estadísticos, con detalles suficientes para poder verificarlos.

En los **resultados** se incluirá una secuencia lógica de la información recolectada durante el trabajo.

En la **discusión** se resaltarán aspectos nuevos e importantes del estudio y la comparación con otros trabajos y meta-análisis del tema. No deberán incluirse informaciones que ya figuren en otras secciones del trabajo.

Revisiones

Para ser consideradas como tales, las revisiones deben tratar sobre tópicos o temáticas cuya actualización resulte pertinente y deberán fundamentarse con una excelente revisión bibliográfica.

Tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 6 tablas y/o figuras.

El resumen no deberá exceder las 250 palabras, y no es necesario que sea estructurado. El manuscrito tendrá una organización libre.

Editoriales

Tanto los editoriales como las revisiones, serán escritos a solicitud del Comité editor de la revista.

Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo título, bibliografía y tablas y figuras), no más de 30 referencias bibliográficas y hasta 1 tabla y/o figura.

Los editoriales no incluirán resumen y el manuscrito tendrá una organización libre.

Comunicaciones Breves

Corresponden a resultados que, aunque preliminares, justifican una temprana difusión.

Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 tablas y/o figuras. El resumen no deberá exceder las 150 palabras. Se prescindirá de la división en secciones; sin embargo, el manuscrito mantendrá la secuencia consignada para los Artículos originales.

Casuísticas

Corresponden a casos singulares con nueva información y observaciones, y serán considerados no sólo por su rareza u originalidad, sino también por su interés clínico. Tendrán una extensión máxima de 2500 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía y tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 5 dos tablas y/o figuras.

El resumen, no deberá exceder las 150 palabras y el manuscrito se dividirá en: Introducción, Caso Clínico y Discusión.

Artículos Especiales

Se trata de monografías, artículos o traducciones que por decisión exclusiva del Comité editorial de la revista, son considerados de gran trascendencia o cuyo avance científico justifique su difusión entre la comunidad médica.

Tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (excluyendo el título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 6 tablas y/o figuras.

El resumen, no deberá exceder las 250 palabras y el manuscrito tendrá una organización libre.

Cartas al Editor/ Comité de Redacción

Estarán referidas a comentarios de naturaleza editorial, preferentemente vinculados a artículos publicados previamente en la revista. Tendrán una extensión máxima de 1000 palabras, no más de 6 referencias bibliográficas y una tabla y/o figura.

Comentarios Bibliográficos

Los Comentarios Bibliográficos estarán referidos a artículos de la bibliografía internacional, cuyo aporte sea significativo, con énfasis en su aplicación clínica. Serán

escritos a solicitud del Comité Editor de la revista. Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo el título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 tablas y/o figuras.

El texto estará precedido por el resumen original del artículo comentado.

Guías de Tratamiento, Reunión de Consenso, Notas Técnicas.

Guías de Tratamiento, Reunión de Consenso y Notas Técnicas, se orientarán a brindar una actualización del conocimiento de temas específicos, especialmente en aspectos diagnósticos y terapéuticos. En la primera página del manuscrito se deberá especificar:

a) el Comité, Grupo de Trabajo, o Comisión responsable del documento;

b) Autores y vínculo con el Comité, Grupo de Trabajo, o Comisión de cada uno de ellos.

El resumen no deberá exceder las 250 palabras y el manuscrito deberá incluir una introducción con los fundamentos del documento.

Imágenes en Trasplantología

Presenta imágenes ilustrativas de distintos aspectos vinculados a la trasplantología y la conducta seguida en el caso. Tendrán un máximo de 1500 palabras (excluyendo el título, bibliografía, tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 tablas y/o figuras. No incluirán resumen y el manuscrito se organizará en Caso Clínico y Comentarios.

Números Extraordinarios

Se elaborarán siempre tras la oportuna valoración del Comité Editorial, que determinará su extensión y características y valorará las fuentes de financiación.

La preparación del número monográfico será realizada por uno o varios editores especiales, designados por el Comité Editorial, y que serán los responsables de todo el proceso.

Los números extraordinarios serán sujetos al proceso de revisión por pares.

La REVISTA ARGENTINA DE TRASPLANTES sigue los lineamientos expuestos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, www.icmje.org) sobre otros aspectos que no este mencionado en este reglamento y también en lo referido a conflicto de intereses de revisores, autores y editores; a las relacio-

nes con la industria y el apoyo percibido por ella; a la confidencialidad de los manuscritos y a las relaciones entre las revistas médicas y los medios de difusión.

Buenos Aires, Diciembre de 2021.-